

# Centralblatt

für

# Klinische Medicin.

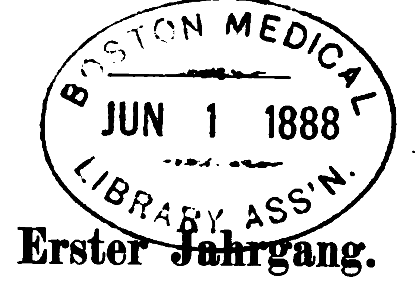
Herausgegeben

von

**Dr. H. Rühle,**
Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

**Dr. D. Finkler,**
Privatdocent und Assistent an der medicin. Klinik in Bonn.




## Erster Jahrgang.

**März 1880 bis März 1881.**

**Bonn**
Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen)
1881.



Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen nebst Titel und Register.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

# Centralblatt für KLINISCHE MEDICIN.




Redigirt von

**Dr. H. Rühle,** Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

**Dr. D. Finkler,** Privatdocent und Assistent an der medicin. Klinik in Bonn.

**1880.** **1. März.** **Nro. 1.**

**Inhalt:** Originalabhandlung: Zur Diagnose der acuten Miliartuberkulose. Von Prof. Dr. Rühle. — Zur Pathologie, Therapie, Statistik, Prognose etc. der Morphiumsucht. Von D. Ed. Levinstein. — Der Tod durch Verbrennen vom gerichtsärztlichen Standpunkt aus. Von M. Jastrowitz. — Zur Lehre von der Spirochaeta Obermeieri. Von Rudolf Albrecht. — Hydrops articulorum intermittens. Von Dr. A. Seeligmüller. — Ueber haemorrhagische Diathese und dadurch contraindicirte operative Eingriffe bei Leukaemie und ihr verwandten Processen. Von Prof. Dr. Mosler. — Chronischer Rheumatismus des Band- und fibrösen Apparates. Von Dr. Karl Voigt. — Ueber die quantitative Bestimmung des Harnstoffs. I. Abth. Von E. Pflüger. — Ueber Erkältung. Von Lassar. — On the Discovery of an Invisible or Third corpuscular Element in the Blood (Norris). — On the Loss of Body-Weight after Epileptic Attacks (Kowalewski). — Ueber Athetose. Von Erb. — Ein Fall von Rindenepilepsie. Von Dr. L. Edinger (Strassburg). — Sur l'état anatomique du cuir chevelu comparé à differentes ages de la vie et dans certaines conditions pathologiques. Von Ch. Remy. — Zur pathologischen Anatomie der Chorea. Von Dr. C. Eisenlohr in Hamburg. — Ueber einen Fall von letal abgelaufener Tetanie. Von Doc. Dr. Nathan Weiss. — Ueber den Zusammenhang zwischen Syphilis und grauer Degeneration der Hinterstränge. Von Westphal. — Ueber die Wirkung des Natron benz. und der Magnesia benzoica bei Tuberculose. Von E. Klebs. — Die Catheterisation des Magens. Von Dr. Zander. — Zusammensetzung und Eigenschaften des Ferrum dialysatum. — Upshur (Richmond, Virg.) on Guajacum in Haematuria. — Goapulver. — Beitrag über subcutane Chinininjection von Prof. Dr. Köbner in Berlin. — Spartium scoparium. — Ueber chronische Nikotinvergiftung durch abusus im Cigarrenrauchen. Von San.-Rath Dr. Richter zu Sonnenburg i. T. — Zur Inhalationstherapie bei Phthisis. Von Dr. Paul Sachse. — Neue Bücher.

## Zur Diagnose der acuten Miliartuberkulose von Prof. Dr. Rühle.

Die acute Miliartuberkulose erscheint als allgemeine Infectionskrankheit gewöhnlich ohne Betheiligung der Pia mater cerebralis und die bei Lebzeiten beobachteten Symptome von Seiten des Gehirns beziehen sich nur auf die Fieberwirkungen. Andererseits muss man die Meningitis basilaris eine circumscripte Miliartuberkulose nennen, die durch den Ort ihres Auftretens in verhältnissmässig kurzer Zeit tödtlich wird. Sie kömmt oft genug ohne alle Tuberkeleruption in andern Organen vor. Wenn aber beide Formen sich combiniren, wenn mit einer allgemeinen Miliartuberkulose auch Meningealtuberkulose verbunden ist, so verwirren sich die für beide Affectionen allein zur Diagnose wohl





brauchbaren Symptome, und die Diagnose der gesammten Krankheit wird in höherem Grade erschwert. Für die allgemeine Miliartuberkulose, welche ihre Hauptdepots immer in den Lungen hat, ist es bekannt, dass eine hohe Frequenz der Athemzüge, ohne Dyspnoë, bei verhältnissmässig geringen physikalischen Befunden, ohne wesentliche Dämpfungen, bei nur verbreiteten katarrhalischen Geräuschen, ein sehr werthvolles Symptom ist. Ebenso pflegt sich das Fieber der Miliartuberkulose von andern Infectionsfiebern dadurch zu unterscheiden, dass die Frequenz der Herzcontractionen abnorm hoch im Verhältniss zur Temperatursteigerung erscheint. Diese Athmungs- und Pulsfrequenz sind in erster Reihe für die Diagnose der Miliartuberkulose von Werth.

Bei der Meningealtuberkulose andererseits ist es gerade die Beeinflussung der Athmungs- und Herzbewegungen in ganz anderem Sinne, welche schon sehr frühzeitig bedeutungsvolle Fingerzeige für die herannahende Krankheit giebt. Ungleichheiten im Rhythmus, sowohl der Athmung, als des Pulses, sind hier von Werth. Flache Athemzüge werden plötzlich von einer tiefen, seufzenden, langdauernden Inspiration unterbrochen und bei aufmerksamer Pulsfühlung bemerkt man sowohl in Zahl als Qualität der Wellen Schwankungen.

Es leuchtet daher ein, dass bei Combination beider Affectionen, der Miliartuberkulose und der Basilarmeningitis diese Wirkungen sich aufheben. Die von dem Reiz an der Basis des Mittelhirns abhängigen, zuletzt genannten Rhythmusstörungen werden durch die peripherischen Reize der auf die Vagusenden in den Lungen wirkenden Miliartuberkeln paralysirt, und umgekehrt wird die sonst characteristische Wirkung dieser peripherischen Reize, die Athmungs- und Pulsfrequenz bei gleichzeitigem Reiz an der Basis cerebri aufgehoben, und es bleiben für beide Affectionen nur sehr unbestimmte Symptome übrig, so dass von einer directen, positiven Diagnose nicht mehr die Rede sein kann, sondern nur eine auf dem Wege der Ausschliessung gewonnene Wahrscheinlichkeit erreicht wird. Diese Erwägungen drängten sich mir bei zwei Fällen der genannten Combination auf, die ich im letzten Semester auf der hiesigen Klinik wiederholt zu demonstriren Gelegenheit hatte.

---

**Zur Pathologie, Therapie, Statistik, Prognose etc. der Morphiumsucht** von **D. Ed. Levinstein.** (Schöneberg-Berlin.)

Verfasser fand neben den bekannten Symptomen noch: Pupillendifferenz und Accomodationsstörungen; Unregelmässigkeiten der Herzbewegungen, Athmungsanomalien, Heisshunger und Polidipsie, spinale gesteigerte Reflexerregbarkeit, Tremor der Hände, Albuminurie, Impotenz Amenorrhoe, zuweilen Fieber, wovon 3 Formen zu unterscheiden sind. 1) Intermittens, Anfälle ganz wie bei Malariainfection, meist quotidian, seltener tertian, Milz meist geschwellt; auch febris erratica (in unregelmässigen Typen), zuweilen hochgradige Erregungszustände, Delirien kommen vor. 2) kürzere, unregelmässige Fieberanfälle, meist Nachmittags und Abends, Temperatur mässig erhöht, Frösteln, Hitzegefühl, Durst. 3) typhoide Form. Kopfweh, Ohrensausen, Schwindel, allgemeine Mattigkeit, Apathie, 3—6 Wochen Bettlägrigkeit, Accomodationsparese; Temperatur selten über 38,3. Alle diese Erscheinungen werden durch die Morphiumentziehung mit einem Schlage beseitigt. Die plötzliche Ent-



ziehung ist durchaus vorzuziehen. Aber sensible Individuen, namentlich Frauen überwinden dieselbe schwer, und bei Personen, die an schmerzhaften, unheilbaren Krankheiten leiden, ist sie nicht durchführbar. Für diese Kranken hat Vf. ein modificirtes Verfahren angewandt, und bei Phthisikern, Emphysematikern, Herzkranken und Tabetikern mit Erfolg durchgeführt. Zuerst wird durch strenge Controle die Dosis ermittelt, welche die Kranken täglich gebrauchen, dieselbe 2—3 Tage gereicht, dann plötzlich abgebrochen. Bei genügend controllirter Ernährung trat selten vor 24 Stunden ein schwerer Collaps auf. Diesem muss vorgebeugt werden und erhielten die Kranken bei Eintritt der ersten Erscheinungen (aussetzender Puls, unregelmässige Athmung, Diarrhöe, Erbrechen) je nach der Grösse der gewöhnten Tagesdosis kleine Injectionen, bei 1½—2 Grm. täglich den 30. Theil, bei 0,5—1,0 den 15. Theil, unter 0,5 den 10. Theil, wodurch ein erträglicher Zustand geschaffen wird. Man beginnt am besten Abends. Am folgenden Tage steigern sich die Erscheinungen weiter, man giebt Abends wieder die kleine Injection. Nach leidlicher Nacht steigern sich am dritten Tage die Erscheinungen abermals, man giebt am Abend den 40., 20., und 15. Theil des früheren Tagesverbrauches. Mit weiterer Verringerung fährt man noch die folgenden Tage fort, bis man auf 0,03—0,01 herabgekommen ist, bei welchen alsdann geblieben wird. Auch bei diesem modificirten Verfahren ist strenge, ärztliche Controle nöthig und der Rückfall zu befürchten. Gewisse Individuen, die 10—15 Jahre Dosen von 1—2 Grm. Morph. gebrauchten, ertragen die dauernde Entziehung nicht. Trotz beseitigtem Morphinismus fühlen sie sich krank, verlieren nach 5—6 Wochen Schlaf und Appetit, magern ab. Solche Personen müssen 2—3 mal täglich 5 Mgrm bis 1 Cgrm Morph. haben, welche Dosen auch andauernd genügen, um Schlaf, Appetit und Wohlbefinden herzustellen. Rückfälle kamen überhaupt unter den 110 Fällen des Vf. (82 Männer, daruuter 32 Aerzte; 28 Frauen, davon 8 Arztfrauen), 71 mal vor, bei 61 Männern, 10 Frauen. Von den 32 Aerzten wurden 28 rückfällig. Binnen Jahresfrist, meist nach mehreren Monaten, entwickelte sich bei den von Morphiumgebrauch Entwöhnten Anfälle von Angst, Unruhe, Sehnsucht nach Morphium, zu deren Ueberwindung der eigene Wille nicht ausreicht, und auf welche daher von vornherein bei der Heilung aufmerksam zu machen ist; manche simuliren dann Schmerzen, um Morphium zu bekommen, und der Arzt in dem Glauben, dass der Morphinismus bei ihnen geheilt sei, giebt dasselbe und bewirkt damit den Rückfall der Sucht nach Morphium. Der Arzt verfällt, indem er selbst an Andern die Wohlthat der Injection wieder erlebt, die magische Anziehungskraft der Morphiumspritze besiegt seinen Willen. Vf. sah in in den letzten Jahren 4 Todesfälle morphiumsüchtiger Aerzte. Vf. ist der Meinung, dass in Bezug auf solche Todesfälle durch Morphiumsucht die Lebensversicherungs-Gesellschaften ihre Statuten werden ändern müssen. R.

---

**Der Tod durch Verbrennen vom gerichtsärztlichen Standpunkt aus** von **M. Jastrowitz.** (Vierteljahrschrift für gerichtliche Medizin und öffentl. Sanitätswesen von Eulenburg Bd. XXXII. Heft I. S. 1. 1880.)

Das Thema wird vorwiegend nach zwei Richtungen hin zu klären



versucht: 1. Nach der vom Verf. sogenannten thanatologischen Seite hin, d. h. es werden die Symptome an der Leiche zusammengestellt, welche die Entscheidung ermöglichen, ob dieselbe todt oder lebend der Verbrennung verfiel? 2) nach der klinischen Seite hin, d. h. es werden für solche Fälle, in denen der Tod kürzere oder längere Zeit nach einer Verbrennung erfolgte, die Kriterien angegeben, welche den Gerichtsarzt befähigen zu erklären, dass der Tod auch durch die Verbrennung herbeigeführt wurde. In ersterer (thanatologischer) Beziehung werden die Zeichen der lebendigen Reaction des Organismus gegen das zerstörende Element besprochen, namentlich: die Differenzen in der Bildung der Hautblasen beim lebenden und todten Körper, das makroskopische und mikroskopische Verhalten der Capillaren in den schwartenartigen Brandschorfen, welche bei lebend Verbrannten Blut enthalten, das zu einer rostbraunen vertrockneten Masse verändert ist, bei todt ins Feuer Gerathenen leer sind (Hofmann). Ferner werden die Differenzen des Verbrennens und Verbrühens (Intactbleiben der Hauthärchen), die Beschaffenheit der Strangrinne am Halse einer erdrosselt in's Feuer gerathenen Leiche und die Alterationen in den inneren Organen besprochen, wie sie durch Günsberg's, Hofmann's u. A. Beobachtungen an Menschen und durch Versuche des Verf. an Thieren eruirt worden. Verf. schliesst diesen Theil mit dem Bekenntniss (pag. 17), dass in den meisten Fällen die Zweifel über den Tod vor dem oder durch das Verbrennen, durch den Leichenbefund nicht vollständig gehoben werden. — In zweiter (klinischer) Beziehung bespricht Verf. die functionellen Symptome und die Veränderungen, welche die Verbrennung in den verschiedenen Geweben und Organen verursacht und kommt zu dem Resultat (pag. 30), „dass der Gerichtsarzt, falls er berufen wird über den Tod eines nach einer erlittenen Verbrennung Verstorbenen sich auszusprechen, dann, wenn er vielleicht anamnestisch Collaps, Temperaturerniedrigung, Puls- und Athmungs-Beschleunigung und bei der Section Schlaffheit des Herzmuskels, theerähnliches, dunkeles, wenig geronnenes Blut und Hyperämie der inneren Organe neben wie immer beschaffenen oder ausgedehnten Zeichen der in vivo geschehenen Verbrennung constatiren konnte, mit Ruhe erklären kann, es sei der Tod durch Herzlähmung und Asphyxie herbeigeführt, welche eine Verbrennung verursacht habe.“ Am Schluss seiner Abhandlung bespricht Verf. das mehrfach nach Verbrennungen beobachtete Duodenalgeschwür, bezweifelt aber mit anderen gewichtigen Beobachtern die pathognomonische Bedeutung und den specifischen Charakter desselben. Leo.

---

**Zur Lehre von der Spirochaeta Obermeieri** von **Rudolf Albrecht.** (St. Petersb. medic. Wochenschr. 1880. Nr. 1.)

Bei einer im 2. Recurrensanfall entnommenen Blutprobe konnte Vf. nur 3 Exemplare der Spir. entdecken, nachdem das Präparat 6 Stunden gelegen, war die Zahl derselben erheblich, in jedem beliebigen Sehfelde mehrere, sich lebhaft bewegende Spir. Wurden in der Remission täglich Blutproben entnommen, so zeigten sich Anfangs keine Spir.; nachdem die Präparate aber in der feuchten Kammer verschiedene Tage



aufbewahrt worden, zeigten sie sich eines Tages plötzlich, doch später, als bei dem Kranken schon der Anfall wieder da war; sie entwickeln sich also im Präparat langsamer, als im lebenden Blut. Vf. sah die Spir. nach dem Tode des Kranken nicht verschwinden, sondern fand sie in der Leiche sehr reichlich, aber ohne Bewegung. R.

---

**Hydrops articulorum intermittens** von **Dr. A. Seeligmüller** in Halle a. S. (D. Med. Woch. 1880. Nr. 5 und 6.)

Verfasser fügt den von ihm in der Literatur aufgefundenen 12 Beobachtungen der intermittirenden Knieanschwellungen eine neue hinzu. Diese 12 Beobachtungen sind mit genauer Angabe des Fundortes tabellarisch excerpirt. Das Gemeinsame aller ist: „Bei einem übrigens gesunden, erwachsenen Individuum kehrt alle so und so viel Tage, meist ohne Vorboten und ohne nachweisbare Ursache, regelmässig eine hochgradige Anschwellung eines oder beider Kniegelenke wieder, ohne entzündliche Erscheinungen und ohne Fieber. Die Anschwellung erreicht in einiger Zeit ihr Maximum, bleibt dann eine gewisse Zeit auf der Höhe und verschwindet ebenso in einer gewissen Zeit wieder vollständig, so dass in der Zwischenzeit fast ausnahmslos nicht die geringste Veränderung an dem befallenen Gelenk nachzuweisen ist. In der Mehrzahl der Fälle kehrt die Anschwellung mit mathematischer Präcision am bestimmten Tage, ja zuweilen zur bestimmten Stunde wieder, so dass die Kranken den Eintritt der Affection ganz genau vorhersagen können“. Die Aetiologie ergiebt 7 Frauen, 6 Männer im Alter von 15—54 Jahren. Die Ursachen sind unbekannt. Die Gesammtdauer wenige Monate bis 25 Jahre. Die ununterbrochene Wiederkehr der Anfälle umfasst bis 8 Jahre. Schwangerschaft unterbricht dieselbe. Der Rhythmus der Wiederkehr ist sehr verschieden, 8, 11, 13tägig und vierwöchentlich. Derselbe kann in einer späteren Anfallsperiode ein anderer sein, als in den vorhergehenden. Die Dauer des einzelnen Anfalles betrug 3—8, meist 4—6 Tage. Die befallenen Gelenke waren 9mal nur das eine oder beide Kniegelenke, 2 mal ausserdem andere, 2 mal fehlen die Angaben. Die Anschwellung erstreckt sich genau auf die Grenzen der Kniegelenkskapsel, die Bursa praepatellaris blieb frei. Schmerzen schienen meist gering zu sein, die Arbeitsfähigkeit dadurch nicht aufgehoben, im Falle des Vf. waren sie heftig. Secundäre Veränderungen im Gelenk kamen nicht vor. Das Wesen der Krankheit sucht Vf. in einer vasomotorischen Neurose. Als Intermittens kann sie nicht aufgefasst werden, es fehlt der Nachweis des Malariaeinflusses, der Milztumor; ebenso fehlen die Beweise für eine infectiöse Natur des Uebels. Die Therapie „liegt vollständig im Argen“. Vf. würde im nächsten Fall subcutan Ergotinum dialysatum anwenden. R.

---

**Ueber haemorrhagische Diathese und dadurch contraindicirte operative Eingriffe bei Leukaemie und ihr verwandten Processen** von **Prof. Dr. Mosler.** (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. I. Heft. II. pag. 265.)

Die haemorrhagische Diathese spielt in der Leukaemie eine sehr beachtenswerthe Rolle. Sie complicirt die leukaemische Erkrankung so



oft, dass stets derselben Rechnung zu tragen ist. Als eclatanter Beweis, wie lange die haemorrhagische Diathese latent bleiben kann, dient die Krankengeschichte eines an Leukaemie erkrankten Arztes. Die Erkrankung schloss sich an eine hartnäckige Febris intermittens anomala an. Fünf Jahre nachdem die ersten subjectiven Symptome sich eingestellt hatten, wurde lienale Leukaemie diagnosticirt. Die Zahl der weissen Blutkörperchen verhielt sich zu der der rothen = 1 : 5. Die Splenotomie wurde widerrathen, weil man die latente haemorrhagische Diathese fürchtete. Dieselbe bestand in der That und offenbarte sich bei Gelegenheit der Spaltung eines perianalen Abscesses in Blutungen, die nur durch lange fortgesetzte Digitalcompression und Eisenchloridtampons gestillt werden konnten. Einige Monate später starb P. an einer retroperitonealen Blutung.

In einer früheren Monographie erwähnt Mosler 81 Fälle von Leukaemie, worunter 64 Haemorrhagien vorkommen. Jetzt gibt er 25 Fälle an, von welchen 13, also mehr als 50% durch Haemorrhagieen complicirt waren. Die Zusammenstellung solcher Beobachtungen führt zu dem Resultate, „dass bei einmal bestehender Leukaemie und zwar bei jeder Form derselben, weder ein bestimmtes Alter oder Geschlecht, noch der längere oder kürzere Bestand des Leidens vor Blutungen infolge dabei vorkommender haemorrhagischer Diathese sichert. Die Blutungen können an jeder Stelle des Körpers vorkommen; sowohl an der äusseren Oberfläche wie in inneren Organen“. Am häufigsten sind die Blutungen aus der Nasenschleimhaut, andere bevorzugte Stellen sind: die Schleimhaut der Bronchien, des Magens, Darms, die Tonsillen. Profuse Blutungen sind beobachtet nach operativen Eingriffen (Schröpfen, Extraction von Zähnen). Zuweilen geben Ulcerationen des Zahnfleisches die Ursache der Blutung. Haemoptosis und Haematurie sind seltenere Ereignisse. Natürlich kommen diese Erfahrungen sehr in Betracht bei der Frage nach der Indication der Splenotomie.

Dr. L. Mayer hält diese Operation für erlaubt bei Wunden, Rupturen der Milz, Verletzungen grosser Blutgefässe, geplatztem Milztumor mit lebensgefährlicher Blutung. Mosler stimmt darin überein, dass bei Milzrupturen die Splenotomie erlaubt sei, „wenn nicht die Unsicherheit der Diagnose eine zu grosse ist, und ausserdem die Operation durch ein zu weit vorgeschrittenes Allgemeinleiden . . . . nicht eine Contraindication erfährt. Abgesehen von diesen Ereignissen kommt in Frage die Exstirpation der Milz wegen primärer oder secundärer Erkrankung derselben. Bis jetzt sind bekannt 25 Milzexstirpationen mit 6 Heilungen.

Der Exstirpation der Wandermilz stimmt M. bei (wie Czerny) und formulirt die Indication so: „Sind bei unerträglichen Schmerzen alle Mittel ohne Erfolg, so ist, besonders in Fällen, in welchen die Patienten selbst darauf dringen, die Splenotomie in Erwägung zu ziehen. Man darf sich indess nur dazu entschliessen bei vollkommen normaler Beschaffenheit der übrigen Organe, bei Abwesenheit von ausgedehnten Verwachsungen des Milztumors, bei fester derber Consistenz desselben und fehlender haemorrhagischer Diathese.“ — Cystisch degenerirte Milz hat Péan exstirpirt, und da bei einfacher Punktion derselben Verjauchung vorkommt (Koeberle), so hält er die Splenotomie bei Cysten

und Echincoccen für gleichberechtigt wie die Ovariotomie bei Cysten des Eierstocks. Bei lienaler Leukaemie haben sämmtliche 13 Fälle mit Splenotomie tödtlichen Ausgang genommen. Mosler stimmt deshalb für die Leukaemie wenigstens dem Satze Simons bei, dass die Splenotomie eine Verirrung sei. Die haemorrhagische Diathese kann „jede Milzhypertrophie" compliciren. Auch die Pseudolenkaemie neigt zu profusen Blutungen. Die differentielle Diagnose zwischen reiner Milzhypertrophie, lienaler Pseudoleukaemie, beginnender Leukaemie ist mit grosser Unsicherheit behaftet. Auch der chronische Intermittenstumor ist mit Vorliebe von haemorrhagischer Diathese begleitet. In allen solchen Zuständen ist die Splenotomie für alle Stadien der Erkrankung zu verwerfen. Die Prognosis der Operation wird noch dadurch wesentlich verschlechtert, dass ebenso wie die haemorrhagische Diathese auch die Metastase in den Knochen eine völlig latente sein kann.

Die Ursache der Steigerung zur Blutung scheint Mosler in der Schwäche und Brüchigkeit der Gefässwände zu bestehen, die sich als Ernährungsstörung infolge der Verarmung des Bluts an functionsfähigen rothen Blutkörperchen ausgebildet. Die Verstopfung der Capillaren durch weisse Blutkörperchen sei nicht der Grund der Haemorrhagieen; die Blutung falle nicht wie Kretschy meint, mit einer massenhaften Auswanderung, farbloser Zellen aus Milz und lymphatischen Organen zusammen.

Finkler.

---

**Chronischer Rheumatismus des Band- und fibrösen Apparates** von **Dr. Karl Voigt.** (Prager medic. Wochenschrift. 1880. Nr. 7.)

V. beobachtete 4 subacut und uncomplicirt verlaufende Fälle von chronischem Rheumatismus, der fast allein in den Gelenk-Bändern unter Entzündungs-Erscheinungen sowie in dem fibrösen Apparat (Fascien) auftrat und gegen den sich Jodkalium in grösseren Dosen (bis 4 gr. täglich bis zur Jodintoxication) am besten wirksam erwies. V. hält diese Erkrankungsform getrennt von dem acuten wie chronischen Gelenk-Rheumatismus, sowie von Gicht und Arthritis deformans.

Bartold.

---

**Ueber die quantitative Bestimmung des Harnstoffs, I. Abth.,** von **E. Pflüger.** (Archiv f. d. ges. Physiologie. Bd. 21, p. 248—286.)

Wenige quantitive chemische Methoden haben für die klinische Medicin eine solche Bedeutung wie Liebig's Verfahren zur Titrirung des Harnstoffs mittels Quecksilberlösung. — Pflüger zeigt nun, dass diese Methode, wenn sie nach Liebig's Vorschrift so angewandt wird, dass man während des Zusatzes der Quecksilberlösung zum Harne von Zeit zu Zeit mit kohlensaurem Natron neutralisirt, erheblich zu kleine Harnstoffzahlen liefert. Der Fehler beträgt wenigstens 14% des Harnstoffs (meist mehr) und ist wesentlich dadurch bedingt, dass bei der Titrestellung fast die ganze zur Ausfällung des Harnstoffs nöthige Quecksilbermenge in einem Gusse zugesetzt und dann neutralisirt wird, während bei Prüfung des Harnes die beiden Reagentien alternirend zugefügt werden. In letzterem Falle enthält aber der Niederschlag mehr Harnstoff auf dieselbe Menge Quecksilber. Um die stetige Methode, wie bei der Titrestellung, so auch bei der Titration des Harns



zu verwenden und so wirklich exacte Resultate zu bekommen, verfährt Pflüger wie folgt: Man lässt die Quecksilberlösung in die Harnstofflösung einfliessen und prüft von Zeit zu Zeit auf einer Glasplatte mit schwarzer Unterlage, ob ein Tropfen in Berührung mit einer Aufschwemmung von Natriumbicarbonat gelb wird und diese Farbe beim Umrühren behält. Erst wenn dies der Fall ist, neutralisirt man und hat man nur noch wenige Zehntel cc. zuzufügen, um die gelbe Endreaction zu erhalten. Hat man nicht sehr rasch den richtigen Punkt gefunden, so muss die Bestimmung wiederholt werden. Zum Neutralisiren benutzt man eine Normalsodalösung, die für diesen Zweck hinreichend genau nach dem specif. Gewichte (1,053) gestellt werden kann. — Man lässt die Sodalösung aus einer zweiten Burette zufliessen und weiss ein für alle Male, wie viel davon auf jeden cc. verbrauchter Quecksilberlösung zugesetzt werden muss. — Bekanntlich bedarf die Harnstoffbestimmung einer Correction, wenn die Lösung reicher oder ärmer an Harnstoff ist, als die normale. Bei Pflüger's Methode ergibt sich diese Correctur, indem man das Volum der verbrauchten Quecksilberlösung von dem der Harnstofflösung subtrahirt und die Differenz, welche bei abnorm concentrirtem Harne natürlich ein negatives Vorzeichen hat, mit dem Factor 0,08 multiplicirt von der verbrauchten Quecksilberlösung abzieht. Bei genauen Bestimmungen müssen stets ausser Sulfaten und Phosphaten auch die Chloride entfernt werden. Wegen der Methoden zur Herstellung der Lösungen muss aufs Original verwiesen werden.

N. Zuntz.

---

**Ueber Erkältung** von **Lassar.** (Virchows Archiv Bd. LXXIX. Heft I.)

Den Einfluss plötzlicher Erniedrigung der Temperatur der Umgebung auf den thierischen Organismus suchte Lassar dadurch festzustellen, dass er Kaninchen und Hunde nach vorherigem Aufenthalt in einem warmen Raume plötzlich für 1—3 Minuten in eiskaltes Wasser tauchte. Nach Verlauf von 3—4 Tagen trat nach dieser Procedur regelmässig Albuminurie mit Ausscheidung von hyalinen Cylindern auf. Die mikroskopische Untersuchung ergab interstitielle Processe, vorwiegend bestehend in fleckweiser Auswanderung von weissen Blutkörperchen, in sämmtlichen inneren Organen. Auch die Galle enthielt Eiweiss.

Ribbert.

---

**Norris, on the Discovery of an Invisible or Third corpuscular Element in the Blood.** (Lond. Med. Rec. Jan. 1880. S. 2.)

Ueber die Entdeckung einer unsichtbaren oder dritten Art Blutkörperchen. Kritische Besprechung von A. M. Hart.

Im vorigen Sommer schon demonstrirte N. Präparate und mikrophotographische Abbildungen einer von ihm entdeckten Art Blutkörperchen. Sie sollen den rothen in Grösse und Form ganz ähnlich sein, nur farblos. Da sie das Licht genau so brechen wie das Blutserum, seien sie bis dahin unbekannt geblieben. N. machte sie sichtbar: 1) indem er das Brechungsvermögen des Serums durch Kochsalz änderte oder 2) indem er die Blutkörperchen von ihrem Serum trennte und zwar durch Einsaugen in einen capillaren Raum zwischen Deckgläschen. Frau H. theilt

nun die Resultate mit, die ihre genaue Wiederholung der Norris'schen Untersuchungen ergeben hatten. Sie hält das neue Körperchen für ein Kunstprodukt, entstanden 1) durch das Kochsalz oder 2) durch den ausgeübten Druck. Sie erhält dieselben Bilder wie N., findet allerlei Uebergänge von den rothen zu den farblosen Körperchen derselben Form, und konnte in einigen Fällen das in's Serum ausgetretene Haemoglobin miskrospektroskopisch nachweisen. Wurde das Brechungsvermögen des Blutserums durch eine Substanz verändert, die die rothen Blutkörperchen nicht angreift, so war H. nicht im Stande die fraglichen Gebilde aufzufinden. Warren.

---

**Kowalewski, on the Loss of Body-Weight after Epileptic Attacks.** (Ref. in. Lond. Med. Rec. Januar 1880. S. 15.)

(Ueber Abnahme des Körpergewichts nach epileptischen Anfällen. Referat bezieht sich auf Medizinskoe Obosrenje, Oct. 1879.)

1) Bei allen Epileptikern sowie bei allen Formen der Epilepsie nimmt das Körpergewicht nach jedem Anfall im Verhältniss zur Dauer der Krankheit und Heftigkeit des Anfalls ab. — 2) In veralteten Fällen mit häufigen Anfällen ist die Abnahme unbedeutend, 1—2 Pf., in frischen Fällen dagegen mit selteneren Anfällen beträgt der Verlust 3—12 Pf. — 3) Folgen einige Anfälle rasch aufeinander, so ist die Abnahme des Gewichts am bedeutendsten nach dem ersten Anfall, nach den andern wird sie verhältnissmässig gering. — 4) Der grösste Verlust ist bei der „psychischen Epilepsie", wo bis zu ¼ des Körpergewichts manchmal verschwindet. Die Wiederherstellung des Gewichts erfolgt sehr rasch in wenigen Tagen. Warren.

---

**Ueber Athetose** von **Erb.** (Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten Bd. X. Heft 1. Vortrag auf der IV. Wanderversammlung der süddeutschen Neurologen und Irrenärzte.)

Bei einem jetzt 15jährigen Mädchen entwickelte sich seit dem 4. Lebensjahre nach einer skrophulösen Entzündung am Metakarpalknochen des linken Zeigefingers eine Unruhe, Steifigkeit und Schwerbeweglichkeit der linken Hand und bald darnach des linken Beines. Convulsionen oder Lähmungen niemals vorhanden. Exquisit athetotische Bewegungen in der linken Hand mit der nach Hammond charakteristischen Stellung; Zuckungen in den Muskeln des Vorder- und Oberarmes und Schulter andauernd. Motilität der Hand wesentlich beeinträchtigt; ergriffene Gegenstände können nicht losgelassen werden. Bei passiven Bewegungen deutlich Muskelspannungen im linken Arm. Sensibilität, elektrische Erregbarkeit, Hautreflexe normal, Sehnenreflexe nicht nachweisbar. Linker Ober- und Vorderarm um ½ cm dicker als rechts. In der linken unteren Extremität eine ähnliche geringere Störung. Rechtsseitige Extremitäten normal. Längere galvanische Behandlung wirkungslos. E. hält die Athetose für eine specifische Bewegungsstörung, wie Tremor, Chorea, Paralysis agitans, die durch Läsion bestimmter Bahnen oder Centren im Gehirn, vielleicht auch eine ganz besondere Art der Läsion zu Stande komme, jedenfalls eine cere-





brale Motilitätsstörung sei, die isolirt für sich oder als Theilerscheinung bei anderen cerebralen Leiden (Hemiplegie, Apoplexie, mult. Sklerose) auftreten könne. Oebeke (Endenich).

---

**Ein Fall von Rindenepilepsie** von **Dr. L. Edinger (Strassburg).** (Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Bd. X. Heft 1.)

E. beschreibt nach einem Vortrage Kussmaul's den Krankheitsfall eines an Lungenphthise leidenden 28 Jahre alten Mannes, der in ausgezeichneter Weise die Zeichen einer umschriebenen irritativen Läsion der sogenannten psychomotorischen Zone des Grosshirns darbot und in welchem Kussmaul die Diagnose auf sogenannte Rindenepilepsie und auf einen Tuberkel im Gebiete der linken psychomotorischen Rindenregion als Ursache derselben stellte. Die Autopsie bestätigte die Diagnose vollständig. Die Rindenläsion war die einzige anatomische Läsion im Gehirn des Mannes und nur auf einen kleinen Theil der Rinde und auf diese letztere allein beschränkt. Abgesehen von dem Lungenleiden zeigte Patient seit Sommer 1877 eine Reihe von ausgebildeten epileptischen Anfällen mit der Eigenthümlichkeit, dass dieselben mit klonischen Krämpfen in gewissen Muskelgruppen der rechten Körperhälfte (Gesichts-, Brust-, Schulter-, Arm-, Hand- oder Beinmuskeln) begannen bei erhaltenem Bewusstsein, dann auf die linke Körperseite übergriffen und allgemein wurden, wobei erst die Besinnung verloren ging. Biss in die Zunge, lauter Schrei und längere Bewusstlosigkeit nach den Anfällen nicht vorhanden. Andere Anfälle blieben rudimentär auf die rechte Körperhälfte beschränkt und waren nur mit Schwindel verbunden. Nach den ausgebildeten Anfällen blieb Schwäche in der ganzen rechten Körperhälfte, namentlich im rechten Arm zurück, die sich ein Mal bis zu vorübergehender Lähmung des letzteren steigerte. Während des Bestehens dieser traten rechtsseitige tetanieartige Krämpfe, in Fingern und Arm am stärksten, ein ohne Bewusstseinsstörung. Daneben bestanden Hemmungen des motorischen Redeaktes. Die Sprache war langsam, mitunter zitternd — Bradyphasie; andere Male versagte die Zunge den Dienst, Patient brachte kein Wort mehr heraus, wenn er zu rufen oder sprechen versuchte, obschon er wusste, was er sagen wollte — ataktische Aphasie. Als Störung der Empfindung blieb zuerst nach den epileptischen Anfällen, später dauernd ein Gefühl rechtsseitiger Ermüdung, namentlich im Arm zurück, verbunden mit einem Gefühl von Taubheit und mit der Schwierigkeit kleine Objekte zu handhaben; später trat ein Gefühl von Kriebeln und Todtsein im rechten Arm und Bein dazu. Kopfschmerz, Erbrechen, Störungen im Schlingen und Artikuliren, Strabismus und andere Gehirnerscheinungen fehlten. Die Sektion des Gehirns ergab im Wesentlichen eine Geschwulst der Pia an der obersten Partie der linken Centralwindungen von tuberkulöser Natur; in die Rinde selbst war die Neubildung nur etwas eingedrungen, ohne über dieselbe hinaus die weisse Substanz des Hirnmantels zu erreichen oder entzündliche Veränderungen hier hervorzurufen. Bemerkenswerth ist die Sprachstörung bei einer so hoch oben an den Centralwindungen vorhandenen Läsion. — Charcot und Pitres (Revue mensuelle de médecine et de chirurgie 1877, 1878



und 1879) rechnen zu der motorischen Region der Grosshirnrinde die beiden Centralwindungen, den Lobulus paracentralis und vielleicht die angrenzenden Theile der Stirnwindungen und der beiden Scheitellappen, denen, wie Ref. ergänzend nach den seitdem erschienenen betreffenden Werken hinzufügt, Ferrier (die Lokalisation der Hirnerkrankungen, übersetzt von Pierson 1880) beistimmt, während Nothnagel (Topische Diagnostik der Hirnkrankheiten 1879) glaubt, dieselbe auf die Gyri centrales mit dem Sulcus Rolandi und den Lobulus paracentralis beschränken zu sollen. Oebeke (Endenich).

---

**Sur l'état anatomique du cuir chevelu comparé à différentes ages de la vie et dans certaines conditions pathologiques** (Vom anatomischen Bau der behaarten Kopfhaut in verschiedenen Lebensaltern und einigen krankhaften Zuständen) von **Ch. Remy.** (Journal de l'anatomie et de la physiologie par Ch. Robin; 1880. pag. 90.)

Nach einer vorangestellten Beschreibung der Bildung und Regeneration des Kopfhaares, wobei sich Remy der Ansicht Kölliker's (1846) anschliesst, dass die neuen Haare von den vorhandenen Papillen ihren Ursprung nehmen, gibt Verfasser eine eingehende Schilderung des histologischen Befundes bei vorzeitiger und seniler Kahlköpfigkeit. Die Atrophie der bindegewebigen Bestandtheile kann in beiden Fällen einen verschieden hohen Grad erreichen, der eventuell bis zum Schwund des Papillarkörpers führt. Was aber beide Zustände wesentlich von einander unterscheidet, ist die Hypertrophie der Talgdrüsen bei vorzeitiger Kahlköpfigkeit und der vollständige Schwund dieses secretorischen Apparates bei Greisen. Auf den durch niedere Organismen bedingten Haarschwund ist Verfasser nicht eingegangen; jedenfalls wird aber die fettige Beschaffenheit einer im Uebrigen rein gehaltenen Kopfhaut bei beginnendem Haarschwund eine solche Ursache unwahrscheinlich machen und es fragt sich, ob man den in diesem Falle die Kahlköpfigkeit bedingenden Process, die Hypertrophie der Talgdrüsen, mit Erfolg wird bekämpfen können. Nussbaum.

---

**Zur pathologischen Anatomie der Chorea** von **Dr. C. Eisenlohr** in Hamburg. (Centralblatt für Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie. 1880 Nr. 3.)

Bei einem 14jährigen Mädchen mit angeborener Chorea, welches von den ersten Lebenstagen an die charakteristischen Choreabewegungen der Gesichts- und Körpermuskeln zeigte, sehr spät und unvollkommen gehen lernte, sich übrigens körperlich und physisch ziemlich gut entwickelte, trat, nach vorübergehender Besserung im Krankenhause, zu Hause eine erhebliche Verschlimmerung der Choreabewegungen in den oberen und zugleich starke Contrakturen in den unteren Extremitäten mit Adduktion der Oberschenkel und Flexion der Unterschenkel ein, so dass Stehen und Gehen unmöglich war. Ulceröse Pneumonie mit remittirenden Fieber und putridem Zerfall und eine Darmtuberculose führten den Tod herbei.

Sektion: Am Gehirn makroskopisch nichts Abnormes. Am gehärteten Rückenmark im rechten Seitenstrang des Halstheiles ein skle-



rotischer Fleck, namentlich in der Höhe des dritten, sich aber erstrekend etwa vom zweiten bis siebenten Cervikalnerven; hier eminente Verdickung des Neuroglianetzes mit Einengung der Maschen, ziemlich vollständigem Schwund der Markscheiden und Axencylinder, starke Entwicklung der Deiters'schen Zellen.

Verfasser hält die gefundenen anatomischen Veränderungen nicht für ein geeignetes Aequivalent der Erscheinungen der Chorea während des Lebens, aber keinenfalls für bedeutungslos für dieselben. Er ist geneigt, die Rückenmarksveränderung für eine congenitale, für das Residuum eines fötalen Entzündungsprocesses zu halten.

Zur Pathologie der Chorea bemerkt er, dass in drei Fällen unter einigen zwanzig, ohne Herzaffektion, eine exquisite Irregularität des Pulses längere Zeit bestand, so dass die „Chorea des Herzens" doch kein so extrem seltenes Faktum wäre. Oebeke (Endenich).

---

**Ueber einen Fall von letal abgelaufener Tetanie** von **Doc. Dr. Nathan Weiss.** (K. K. Gesellschaft der Aerzte. Allg. Wien. mediz. Zeitung. 1880. No. 6.)

W. beobachtete auf der Billroth'schen Klinik bei einer 23jährigen Magd, nachdem die Totalexstirpation des Kropfes gemacht war, auch noch nach verheilter Operations-Wunde in einem Zeitraum von 3 Monaten sehr häufige Tetanie-Anfälle. In Folge des häufigen und langdauernden Krampfes der Schlund- und Athem-Muskulatur kam es zu einer deletären lobulären Pneumonie. Die Section ergab ausser dem Lungenbefund mikroskopisch im Rückenmark nur kleinere Extravasate in den Vorderhörnern, welche rings um die Gefässe gelagert waren. In einem andern typischen Falle erzeugte W. nicht allein durch Druck auf grössere Gefässstämme und Nerven (Trousseau'sches Phaenomen), sondern auch durch Druck auf das Ganglion cervical. supr. und einfaches Kneipen von Hautfalten constant Tetanie-Anfälle. Bartold.

---

**Ueber den Zusammenhang zwischen Syphilis und grauer Degeneration der Hinterstränge.** Von **Westphal.**

Im Centralblatt für Nervenheilkunde, Psychiatrie etc. 1880 No. 3 wird mitgetheilt, dass Westphal in einem Vortrag in der medicinischen Gesellschaft zu Berlin am 21. Januar über den Zusammenhang zwischen Syphilis und grauer Degeneration der Hinterstränge einen ursächlichen Zusammenhang nicht zugab. In seinen Fällen von Tabes war nur in 18% Syphilis mit sekundären Erscheinungen vorangegangen. Zustimmend äusserte sich Remak, der 25% mit früherer Syphilis fand, während Mendel, sich stützend auf einen Ausspruch Virchow's, das Gegentheil behauptete und Bernhard erst Lues in der Aetiologie gelten lässt nach sicherem Ausschluss aller sonstigen Ursachen. — Es sei erlaubt hier aus jüngster Zeit daran zu erinnern, dass C. Berger (Breslauer ärztl. Zeitschrift 1879 No. 12) in 20% von Tabes dorsalis vorausgegangene Syphilis nachweisen konnte, während Erb (Archiv für klinische Medicin Bd. XXIV. Heft I. 1879) unter 44 Tabetischen bei 27 dies Verhältniss constatirte. Oebeke (Endenich).

---



**Ueber die Wirkung des Natron benz. und der Magnesia benzoica bei Tuberculose.** Offener Brief von **E. Klebs** an Dr. Kraus. (Allg. Wiener medizin. Zeitung. 1880. No. 1.)

Prof. Klebs fasst die Resultate seiner Untersuchungen, soviel sie ihm bis jetzt gesichert erscheinen, in 7 Sätzen zusammen: — 1) „die tuberculösen miliaren Eruptionen können durch die innerliche Anwendung der Benzoate, namentlich des Magnesia-Benzoats, zum Stillstande und zur Rückbildung gebracht werden, selbst in solchen Fällen, in denen weitere septische Infection oder hochgradiger Marasmus ein unaufhaltsames Fortschreiten des Verfalls mit sich bringt.“ Positive Beweise hierfür lieferte die anatomische Untersuchung, namentlich am Kehlkopfe und den Nieren, während der Nachweis an der Lunge und am Darm zwar nicht mit der gleichen Evidenz zu führen, jedoch im hohen Grade wahrscheinlich gemacht werden kann. — 2) „Bei noch nicht zu lange bestehender Spitzen-Infiltration, auch wenn sie mit hohem septischem Fieber verläuft, Lungenblutungen vorangegangen sind und unter alleiniger Anwendung von Natr. benz. als Inhalation oder Einblasung (circa 10 gr resq. 2—3 pro die) und gleichzeitiger interner Anwendung von Magnesia-Benzoat (20—30 pro die) wird ein bleibender Abfall des Fiebers, Aufhören der catarrhalischen Erscheinungen und Zunahme des Körpergewichtes um eine beträchtliche Grösse (in einem Falle in 3 Wochen um 4,9 Kilo = den achten Theil des Körpergewichts) beobachtet.“ Da in solchen Fällen bei vorhergehender innerer Behandlung (Chinin) das Fieber unverändert geblieben und das Körpergewicht abgenommen hatte, lässt sich der positive Beweis führen, dass erst diese Behandlung den Erfolg herbeiführte. — 3) „Es giebt eine Anzahl von Fällen, welche bei etwa ebenso hochgradiger Infiltration (circa 4—5. Dornfortsatz) dieser Behandlung Widerstand leisten, Fälle welche nicht auf Rechnung des Marasmus gesetzt werden können. Wahrscheinlich sind in diesen Fällen immer Zerstörungen von Lungensubstanz vorhanden, indem sich in Fällen analoger Art die Ausbreitung der hartnäckigen katarrhalischen und pneumonischen Zustände von Cavernen aus evident verfolgen lässt.“ Bisweilen gelingt es auch in diesen Fällen durch sehr hohe Gaben von Magnesia-Benzoat das Fieber zu brechen, während vergleichende Versuche mit Salicylsäure (bis 6 gr pro die) mehr vorübergehende Erfolge hatten und längere Zeit hindurch weniger gut ertragen werden. — 4) „Bei sehr hartnäckigen von Cavernen ausgehenden Catarrhen, die immer wieder recidiviren, und gewöhnlich fieberhaft, manchmal auch afebril sein können, hat statt aller sogenannten Expectorantien, die ohne dauernden Erfolg waren, das Pilocarpin (0,1 subcutan) die besten Dienste geleistet,“ von Vortheil waren Inhalation und Guajak-Decoct. — 5) Sind einmal die Cavernen durch diese Behandlung gründlich gereinigt und das sputum frei vom Micrococcen, so pflegt die Besserung anzuhalten und Verschlimmerungen leicht einer gleichen Behandlung zu weichen. — 6) Bei weit vorgeschrittenen Fällen (grosse Cavernen, Verkäsung der Lympfdrüsen, Darm- und Kehlkopf-Tuberculose) bleibt die Methode erfolglos und ist hier die Behandlung des Cavernen-Inhalts nothwendig, von dem aus die septische Infektion vorwärts schreitet. — 7) Bei 12 Fällen, welche bei dieser Behandlung tödtlich abliefen, fand Kl. niemals eine Spur von amyloider Degeneration, trotz massenhafter Ei-

terung und hochgradigem Marasmus. Kl. ist der Ansicht, dass durch diese Behandlung die Tuberculose bei einer grossen Zahl Kranker zum Stillstand und auch definitiven Heilung gebracht werden kann. Die Erfahrungen im Speciellen sollen später mitgetheilt werden. Bartold.

---

**Die Catheterisation des Magens** von **Dr. Zander** in Eschweiler. (D. med. Wochensch. 1880. N. 6.)

Nach Einführung der Magensonde (Verf. empfiehlt die englischen mit leicht beweglichem Magenende und kleiner olivenförmiger Anschwellung) nimmt der Kranke die Knieellenbogenlage ein und beugt sich über den Bettrand dergestalt über eine dargebotene schiefe Ebene (z. B. Schreibpult) heraus, dass der Kopf sich etwa 30 cm tiefer, als der Steiss befindet. In dieser Lage bleibt der Kopf und die Sonde darf nicht zu früh entfernt werden; hört der Inhalt zu fliessen auf, so zieht man dieselbe etwas heraus u. s. f. Das Ausspülen mit 2proc. Natronlösung wird dabei geübt. Dr. Z. wählt am liebsten das Ausspülen vor dem Schlafengehen, damit der kranke Magen möglichst lange sich erholen kann. Nach Umständen wird eine Magenausspülung nöthig, um den über Nacht abgesonderten Schleim zu entfernen. Da durch diese Methode die Magenpumpe und andere Apparate unnöthig sind und der Kranke leicht das Verfahren an sich selbst ausüben kann, empfiehlt es sich dem Landarzt besonders. R.

---

**Zusammensetzung und Eigenschaften des Ferrum dialysatum.** (Journ. d. Pharm. et de Chim. S. 4. T. XXX. pag. 332. Aus: Archiv der Pharmacie. S. 3. T. 16. Heft 1.)

Nach Personne ist das Ferrum dialysatum kein reines Eisensesquioxyd, sondern eine, durch seine Unlöslichkeit in Säuren sich von demselben unterscheidende Modification. Das Ferrum dialysatum wurde vor etwa 25 Jahren in Pelouze's Laboratorium entdeckt und wegen seines nur schwach adstringirenden Geschmacks empfohlen. Graham wies nach, dass das Ferrum dialysatum ein colloider Körper ist. Durch Versuche wurde nachgewiesen, dass das Präparat im Magensaft völlig unlöslich und in Folge dessen als Arzneimittel unwirksam sei.

Schulz.

---

**Upshur (Richmond, Virg.) on Guajacum in Haematuria.** (Lond. Med. Rec. Jan. 1880. S. 17.)

Ueber Guajac bei Hämaturie. (Referat nach d. New York Med. Rec.)

In einem Fall von hartnäckiger H. entschloss sich Dr. M. das Guajakholz zu probiren. Er wandte die Tinktur (Ph. americ.: 1 : 5 alk.) an, von der er 1 Drachma (3,75 g) in Milch 3mal täglich verordnete. Die H. hörte am zweiten Tag auf, kekrte aber nach einem Jahr wieder, um bei derselben Behandlung ebenso rasch zu verschwinden. U. berichtet von 3 weiteren Fällen aus der Praxis anderer, wo die Wirkung des G. auch eine sehr prompte war, nachdem die Krankheit sich einer andern Behandlungsweise unzugänglich erwiesen hatte. Warren.

---



**Goapulver.** (Journ. d. Pharm. et d. Chim. S. 4. T. XXX. pag. 367. Aus: Archiv d. Pharmacie. S. 3. T. 16. Heft 1.)

Nach Dr. Balmann enthält das Goapulver 80—84% Chrysophansäure, 7% Glucosid, Bitterstoff und Gummi, 2% Harz, 5½% Holzsubstanz und 0,5% mineralische Bestandtheile. Zur Anwendung soll man das Pulver mit Essig oder Citronensaft angerührt auf die erkrankten Theile aufstreichen und dieses während 2—3 Tagen jedesmal einmal wiederholen. Oder: Rec.: Pulv. Goa 1,20, Acid. acet. gtt. 10, Adipis 30,1. M. f. Unguentum. — Reizend wirken die Goapräparate nicht. Bei Kindern sind mitunter nach wenigen Einreibungen um sich greifende Hautentzündungen beobachtet. Schulz.

---

**Beitrag über subcutane Chinininjectionen** von **Prof. Dr. Köbner** in Berlin. (Memorabilien XXV. Jahrg. I. Heft.)

Von den verschiedenen Chinin-Salzen, die Prof. Köbner seit 10 Jahren zur subcutanen Einspritzung anwendete, bewährte sich ihm am meisten das Chinin. muriaticum, von dem sich 0,15—0,25 in Glycerin und Wasser āā 0,5 (also bis 1 : 4) beim Erwärmen lösen. Die Lösung hält sich noch eine Viertelstunde nach dem Erwärmen klar. Das Injicirte wurde mit dem Zeigefinger im Zellgewebe zerrieben, reizte sehr wenig und machte nur in der Schläfengegend bisweilen Anschwellungen. Er sah von 0,12—0,15 bei intermittirenden Neuralgien dieselben raschen Heilwirkungen wie von etwa 1,0 innerlich ohne Auftreten von Cinchonismus und Status gastricus. Bartold.

---

**Spartium scoparium.** (Zeitschr. d. österr. Apoth.-Vereins 1879, Nr. 33. Aus: Archiv d. Pharm. S. 3. T. 16. Heft 1.)

Das von Merck dargestellte Alkaloid des Spartium scoparium, Scoparin genannt, besitzt die diuretischen Kräfte seiner Mutterpflanze und ist von Fronmüller, in glycerin- oder ammoniakhaltigem Wasser gelöst, subcutan in Dosen von 0,03—0,06 angewandt worden. — Das ebenfalls im Spartium scoparium enthaltene Alkaloid Sparteïn wirkt sehr narkotisch und wird von Fronmüller gleichfalls subcutan, als schwefelsaures Salz (weil das reine Alkaloid sich leicht zersetzt) angewandt zu 0,02 pro dosi, innerlich zu 0,04 pro dosi. Schulz.

---

**Ueber chronische Nikotinvergiftung durch abusus im Cigarrenrauchen** von San.-Rath Dr. Richter zu Sonnenberg i. Th. (Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten Bd. X. Heft I.)

R. theilt 2 Fälle obigen Leidens mit, einen schwereren mit tödtlichem Ausgang, einen leichteren mit Genesung, die als gemeinschaftliche Erscheinungen boten: Kopfdruck, Schwindel, Schlafsucht, mehr oder weniger Unfähigkeit zu geistigen Arbeiten, Anomalie der Stimmung, amblyopische Symptome; Spinalirritation, Neuralgie, leichte Ermüdbarkeit, Unsicherheit der Bewegungen, Zittern, Contraktion der Muskeln, Impotenz, Beängstigung, schwachen, oft unregelmässigen Herzschlag oder Herzpalpitationen, Abmagerung. Als Exacerbation traten der Angina pectoris ähnliche Zustände auf. Gestützt auf die Sektion



des einen Falles, die im Wesentlichen ergab, dass die Gefässe der Pia nur sehr wenig mit Blut gefüllt, das Gehirn blutarm, das Herz auffallend schlaff und glatt zusammengefallen war und in ihm jede Spur eines Blutgerinsels fehlte, sieht R. Anämie des Gehirns und des Nervensystems überhaupt als Grundlage der krankhaften Störungen an. Therapie: Abstinenz vom Tabakrauchen, Hydrotherapie: Elektricität in Form des constanten Stroms. Jodkalium soll die Ausscheidung des Giftes unterstützen. Oebeke (Endenich).

**Zur Inhalationstherapie bei Phthisis.** Von **Dr. Paul Sachse.** (Berlin. klin. Woch. Nr. 6. 1880.)

Vf. theilt 10 Fälle auszüglich mit, in denen Kranke mit Spitzenaffectionen, ausgebreiteten Rasselgeräuschen, selbst Cavernen, Fieber und Abmagerung der Inhalationstherapie mittelst Borax 2, Acid. salicyl. 2,5, Aq. ferv. 100—150 3mal täglich 5—10 Min. unterworfen wurden. 7 Fälle erlangten Abnahme der Localerscheinungen und Zunahme des Körpergewichtes selbst unter ungünstigen Lebensbedingungen. Drei weitvorgeschrittene Fälle wurden nicht beeinflusst. R.

## Neue Bücher.

Billroth, Th. Die allgemeine chirurgische Pathologie und Therapie. Neunte Auflage, bearbeitet von Winiwarter. Berlin. Reimer. 13 M.

Cohen, J. Diseases of the Throat and Nasal Passages. 2. Ed. New-York. 28 sh.

Busch, F. Regeneration und entzündliche Gewebebildung. (Klin. Vortr. No. 178.) Leipzig. Breitkopf & Härtel. 75 Pf.

Dettweiler, P. Die Behandlung der Lungenschwindsucht in geschlossenen Heilanstalten mit besonderer Beziehung auf Falkenstein i. T. Berlin. Reimer. 2 M.

Dittel, L. Die Structuren der Harnröhre. (Deutsche Chirurgie, Lfg. 49.) Stuttgart. Enke. 7 M.

Gowers, W. R. Pseudo-Hypertrophic Muscular Paralysis: a clinical lecture. London. Churchill. 3 sh. 6 d.

Gubler, A. Cours de Thérapeutique. Paris. Baillière. 9 frs.

Gussenbauer. Die traumatischen Verletzungen. (Deutsche Chirurgie. Lfg. 15.) Stuttgart. Enke. 7 M.

v. Krafft-Ebing. Lehrbuch der Psychiatrie. III. Band: Klinische Casuistik. Stuttgart. Enke. 5 M.

Lossen. Die Verletzungen der unteren Extremitäten. (Deutsche Chirurgie. Lfg. 65.) Stuttgart. Enke. 6 M.

Mac-Munn. The Spectroscope in Medicine. London. Churchill. 9 sh.

Roberts, J. B. Paracentesis of the Pericardium. Philadelphia. 6 sh. 6 d.

Stoerck, C. Klinik der Krankheiten des Kehlkopfs, der Nase und des Rachens. Stuttgart. Enke. 16 M. 50 Pf.

Trumet de Fontarce. Pathologie clinique du grand Sympathique. Paris. Baillière. 7 frs.

Waldenburg, L. Die Messung des Pulses und des Blutdrucks am Menschen. Berlin. Hirschwald. 6 M.

Wark, D. Prevention and cure of chronic consumption. New-York. 4 sh.

Wernich, A. Ueber verdorbene Luft in Krankenräumen. (Klin. Vortr. No. 179.) Leipzig. Breitkopf & Härtel. 75 Pf.

Wernich, A. Die Entwicklung der organischen Krankheitsgifte. Nebst einem offenen Briefe an Herrn Professor Klebs in Prag. Berlin. Reimer. 2 M. 40 Pf.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.



Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen nebst Titel und Register.

# Centralblatt für KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigirt von

**Dr. H. Rühle,** Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

**Dr. D. Finkler,** Privatdocent und Assistent an der medicin. Klinik in Bonn.

**1880. 11. März. Nro. 2.**

**Inhalt:** (Orig.) Melanin im Harn. Von **Dr. Finkler.** — (Ref.) Ueber Todesursachen nach Verbrennungen. Von **v. Lesser.** — Ueber chronische Atropinvergiftung. Von **Dr. B. v. Anrep.** — Ueber die Gewöhnung an Gifte. Von **M. J. Rossbach.** — Ueber die Wirkung des Viperngiftes. Von **P. Albegtoni.** — Ueber die Menière'sche Krankheit. Von **A. Guye.** — Ueber den Menière'schen Symptomencomplex. Von **J. Gottstein** in Breslau. — Ein Fall von akuter (primärer) spontaner Rückenmarkserweichung. Von **Dr. Racine.** — Ueber die Wirkung fieberhafter Krankheiten auf Heilung von Psychosen. Von **Dr. B. Oks** in Odessa. — Neuromes multiples avec troubles trophiques dans le cours de la syphilis secondaire. Observ. de **Caradec,** d'après Dr. Brochin. — Zur Kenntniss der nach Einwirkung plötzlich erniedrigten Luftdruckes eintretenden Rückenmarksaffectionen. Von **Schultze.** — Ueber Pyopneumothorax subphrenicus (und subphrenische Abscesse). Von **E. Leyden.** — Ein Beitrag zur Aetiologie des Ertrinkungstodes. Von **Dr. O. Naegeli,** Bez.-Arzt in Ermatingen. — Ueber die im Jahre 1878 in Preussen auf Trichinen und Finnen untersuchten Schweine. Von **Eulenberg.** — Behandlung syphilitischer Geschwüre mit Pyrogallussäure. Von **Vidal.** — Ueber einen Fall von Erfrierung, behandelt mit Pilocarpin. Von **F. Méplain.** — Ein Fall von Tetanus traumaticus mit Ausgang in Genesung. Von **Cron.** — Die Behandlung der Lungenschwindsucht in geschlossenen Heilanstalten mit besonderer Beziehung auf Falkenstein i. T. Von **P. Dettweiler.** — Beitrag zur pneumatischen Therapie im Kindesalter. Von **Prof. J. Kaulich.** — Ueber den salicylisirten Kampfer. Von **Heurot.** — Das Tonnensystem zur Reinhaltung des Bodens, der Luft und der Flüsse. Von **K. Mittermaier.**

## Melanin im Harn von Dr. Finkler.

„Harn von Kranken mit melanotischen Carcinomen enthält zeitweilig ein Chromogen, das beim Zusatz von Oxydationsmitteln, sowie beim freien Stehen an der Luft intensiv geschwärzt wird", so lautet der erste Satz der Ergebnisse einer Untersuchung, welche die Autoren Ganghofer und Pribram*) über das Verhalten des Harnes bei Melanosen angestellt haben. Die folgenden Zeilen haben den Zweck durch Mittheilung einer einschläglichen Beobachtung diesem Satze noch einiges beizufügen.

Die Zahl der Beobachtungen und genaueren Angaben über die Melanurie als Krebssymptom ist zwar nicht sehr gross, allein für den

*) Ueber das Verhalten des Harns bei Melanosen. Prager Vierteljahrschrift für prakt. Heilkunde 1876 II. Bd. p. 98.



Rahmen dieses kleinen Aufsatzes ist ein specielleres Eingehen auf die Beschreibungen einzelner Beobachter doch nicht angebracht. Es sei deshalb von alldem nur angeführt, dass das Melanin ein Farbstoff ist, dessen Chromogen als Melanogen bezeichnet bei melanotischen Tumoren, sowohl in diesen, wie im Harne der mit solchen Behafteten vorkommt, dass es ein anderer Farbstoff ist, als Indican, dass es sich etwas anders gegen Lösungsmittel verhält, als das Uromelanin des normalen Harnes. Es ist bis jetzt nicht beobachtet unter anderen pathologischen Zuständen und ist deshalb für die Diagnose melanotischer Tumoren wohl zu verwerthen und zwar wahrscheinlich nicht allein für den Sitz solcher in der Leber, sondern auch in anderen Organen.

Melanotische Tumoren diagnosticiren zu können, ist aber von grosser Wichtigkeit, weil ihre Malignität eine absolut schlechte Prognose stellt. Unter Umständen ist die Diagnose solcher nur durch die Melanurie gesichert, weil Metastasen an sichtbaren Stellen fehlen können. Daraus leitet sich das praktische Interesse ab, welches der Nachweis des Melanin oder richtiger des Melanogen im Harn haben muss. Wohl zu beachten ist dabei die Thatsache, dass das genannte Chromogen periodisch verschwinden und wieder auftreten kann, ohne dass der Grund dafür bis jetzt klar wäre, oder ohne dass für einen Stillstand der Dissemination daraus etwas zu schliessen wäre.

Im vorigen Jahre hatte ich Gelegenheit eine Beobachtung von Melanurie zu machen, die sich nicht ganz mit den früheren deckt und die deshalb hier mitgetheilt wird.

Ein 51jähriger Mann hatte schon seit $1^{1}/_{2}$ Jahren eine dunkle Verfärbung der Haut bemerkt, war aber stets an der Arbeit geblieben, bis wenig Wochen vor seiner Aufnahme hier ein rascher Kräfteverfall ihn daran verhinderte.

Der Mann hatte eine dunkel graubraune Hautfarbe, der etwas grün zugemischt war, die aber durch das vorwiegende braun doch ganz anders aussah, als eine hochgradige icterische Verfärbung.

Die Leber stellte einen grossen Tumor dar, der 24 cm breit nach unten in den Bauchraum und links bis in die linke Mamillarlinie mit einer Breite von 22 cm herüberragte.

An keiner anderen Stelle verrieth sich die Gegenwart einer Metastase. Die Farbe der Haut war durchaus gleichmässig, nicht einmal bevorzugt durch mehr Farbe waren einzelne Hautstellen. Der Harn des Patienten war verschieden; manchmal braunschwarz, ein andermal dunkel schwarz wie Tinte. Reaction stets schwach sauer, nie Eiweiss oder Zucker vorhanden. War der Harn braun, so konnten durch Salpetersäure und durch Chromsäure tief schwarze Wolken in ihm erzeugt werden, war er dagegen schon tief schwarz, so wurde durch Zusatz genannter Säuren gar nichts an seinem Aussehen verändert. Nach den Angaben Pribrams stellte ich das Melanin dar als amorphes schwarzes hygroscopisches Pulver; Krystalle zu erhalten gelang mir nicht. Die Schwerlöslichkeit der Substanz kann ich bestätigen. Nach dem Ausfällen des Melanin wies ich Indican nach; es vorher zu finden war schon durch die an sich so dunkle Farbe des Harns unmöglich.

Neu ist an dieser Beobachtung der Umstand, dass selten Mela-



nogen, weit häufiger das Melanin als solches im frisch gelassenen Harne vorhanden war. Um darin sicher zu gehen, habe ich wenige Stunden nach einer Entleerung der Blase aufs neue Harn durch Catheterisiren entnommen, und auch dieser frisch entnommene Harn war tief schwarz. Von Gallenfarbstoffen liess sich trotz der Versuche aller nur möglichen Methode des Nachweises keiner auffinden.

Patient starb. Die genauere Durchsuchung der Organe und die Untersuchung der aufgefundenen Tumore liess Prof. Koester*) in seinem pathologischen Institute anstellen und in einer Dissertation niederlegen. Kurz gesagt war kein Organ ohne melanotische Tumoren.

Der Bau der Geschwülste entsprach vorwiegend dem der Sarcome. Keine konnte als primär erkannt werden und es wurde deshalb multiples Auftreten angenommen. Die multiple Geschwulstbildung war aber nicht an bestimmtes Gewebe oder Organ gebunden, sondern in den verschiedenartigsten Geweben hatten sich die Neubildungen etablirt; eine Erscheinung die l. c. als der Ausdruck einer Allgemeinerkrankung, Dyskrasie angesehen wird.

In Bezug auf die ganze Beweisführung dieser Ansicht muss ich auf die genannte Dissertation verweisen und nur einen Satz aus derselben wörtlich hierher setzen:

„Unter solchen Umständen bleibt nichts übrig als entweder zwei Ursachen für Geschwulst- und Pigmentbildung anzunehmen, die neben einander hergehen, und abwechselnd oder gemeinsam wirken, oder für beide eine weder im Pigment noch in der Zelle liegende gemeinsame Ursache, mit anderen Worten eine Dyskrasie anzunehmen, deren wirksames Wesen, da wo es local sich zur Geltung bringen kann, das Gewebe sowohl zur Geschwulstbildung als auch zur Bereitung von Pigment anreizt".

Ein anderer Fall von Melanurie kam ebenfalls in demselben Semester hier zur Beobachtung:

Hier enthielt der Harn das Melanogen, er war frisch gelassen gelb-braun und liess sich durch Salpetersäure schwarz färben. Dies stimmt mit den früheren Beobachtungen anderer Autoren überein; auch war die Erkrankung, welche die Melanurie bedingte, mit solchen vergleichbar, wie sie von Anderen beschrieben sind. Die primäre Geschwulst, ein melanotisches Sarcom, sass auf der Planta pedis, auf der Oberfläche verjauchend und die melanotischen Tumoren innerer Organe waren als Metastasen von diesem Herde aus anzusprechen.

Nach beiden Beobachtungen besteht die Möglichkeit, dass eine Geschwulstbildung, die auf dyskratischem Boden multipel auftritt, Melanin als solches in den Harn liefert, dass dagegen conform der früheren Berichte Metastasenbildung melanotischer Tumoren von einem primären Herd aus das Melanogen erscheinen lässt.

Ich bin natürlich weit davon entfernt, dies als bewiesen zu betrachten, und mache deshalb nur auf die beobachtete Coincidenz aufmerksam. Sollten andere Untersuchungen diese auf andere Ursachen

---

*) Ein Fall von melanotischem Sarcom. Dissert. von J. Mattissen. Bonn 1879.





zurückführen, so bleibt doch als bemerkenswerth bestehen, dass das Vorkommen des Melanin als solches im Harne, nicht in Gestalt des Melanogen, beobachtet werden kann.

Der oben angeführte Satz von Ganghofer und Pribram ist also dahin zu erweitern, dass Harn von Kranken mit melanotischen Tumoren zeitweilig ein Chromogen, das beim Zusatz von Oxydationsmitteln sowie beim freien Stehen an der Luft intensiv schwarz gefärbt wird, enthält, dass aber auch der frisch gelassene Harn durch Gehalt an Melanin tiefschwarz gefärbt sein kann.

---

**Ueber Todesursachen nach Verbrennungen** von **v. Lesser.** (Virchow's Archiv Bd. LXXIX Heft 2. p. 248.)

Die von Sonnenburg gegebenen Erklärungen der Todesursachen nach Verbrennungen genügen v. Lesser nicht und veranlassen ihn zu erneuten experimentellen Untersuchungen. Er taucht Hunde und Kaninchen mit der hinteren Körperhälfte in kochendes Wasser und untersucht das Verhalten des Blutes. Er findet in demselben zahlreiche rothe Blutkörperchen gequollen, ferner viele Stechapfelformen, ausserdem rundliche und kolbige Pigmentkörner, endlich farbstofflose rothe Blutkörperchen, sogen. Schatten, und Mikrocyten. Das Serum ist durch gelöstes Hämoglobin roth gefärbt. Das letztere wird in Zeit von 1—2 Tagen nach der Verbrühung durch die Nieren ausgeschieden. Als Todesursache kann es nicht angesehen werden, da gesunde Thiere Einspritzungen von gelöstem Hämoglobin in das Blut gut vertragen. Von Organen sind wesentlich nur die Nieren verändert. In den Harnkanälchen finden sich Blutfarbstoff- und hyaline Cylinder, desgleichen im Harn. Aber auch die Nierenveränderungen können nicht als Ursache eines so plötzlichen Todes gelten. Die weitere Annahme, dass durch die Verbrennung die Bildung eines das Blut zu ausgedehnter Gerinnung führenden Fibrinfermentes veranlasst werde, ist wahrscheinlich, aber Todesursache kann dies Ferment nicht sein, weil gesunde Thiere die Einbringung beträchtlicher Mengen überhitzten Blutes in ihre Gefässbahnen gut überstehn. Es bleibt daher nur noch übrig, als Todesursache die Unfähigkeit des Blutes zur Respiration anzunehmen. Damit stimmt die Dyspnoe Verbrannter, ferner die Versuche von Klebs mit Verbrennung der Kaninchenohren (bei langsamer Steigerung der Temperatur des die Ohren umspülenden Wassers strömte immer neues Blut durch die Ohren und wurde durch die Hitze verändert; das Thier starb in Folge dessen. Bei plötzlicher Erwärmung des Wassers thrombosirte das Blut in den Ohrgefässen und das Thier lebte weiter). Dazu stimmt ferner die Veränderung des Blutes und die Folgezustände bei Einbringung chemischer Substanzen in das Blut. Die Therapie muss daher vor Allem bei hochgradigen Verbrennungen in Transfusion bestehn. Die Brandwunden müssen ausserdem antiseptisch verbunden werden, um das Eindringen von Substanzen zu verhüten, die der weiteren Zersetzung des Blutes Vorschub leisten könnten.

Ribbert.

---



**Ueber chronische Atropinvergiftung** von **Dr. B. v. Anrep.** (Archiv f. d. ges. Physiol. XXI 5 u. 6. p. 185—212.)

**Ueber die Gewöhnung an Gifte** von **M. J. Rossbach.** (Ebenda p. 213—225.)

Die Experimente von Anrep's an Hunden zeigten, dass bei chronischer Atropinvergiftung einzelne Organe (Pupille, Herzvagus, Speicheldrüsen) nach Monate langer Anwendung noch ähnlich wie beim ersten Darreichen auf das Gift reagiren; während andere Anfangs sehr heftig sich zeigende Störungen bei der Gewöhnung an das Gift zurücktreten; dahin gehören Zittern, Zuckungen, Erbrechen. Eine gewisse Herzschwäche mit subnormaler Pulsfrequenz begleitet die chronische Vergiftung, dazu kommen Verdauungsstörungen und Appetitlosigkeit bei längerem Gebrauche sehr grosser Dosen (1,0 gr p. d.).

Rossbach weist auf die Analogie der Beobachtungen von Anrep's mit den bekannten Erscheinungen des chronischen Genusses von Alcohol, Morphium, Thee, Caffe, Tabak hin. N. Zuntz.

---

**Ueber die Wirkung des Viperngiftes** von **P. Albegtoni.** (Moleschotts Naturlehre XII. Heft 3 u. 4. p. 251—265.)

Bei der Vergiftung durch Viperngift sinkt der Blutdruck alsbald sehr tief ab und die Allgemeinerscheinungen sind diesem Sinken des Blutdrucks proportional. Infusion des Giftes in eine Vena lässt den Druck fast augenblicklich absinken. Die Section zeigte enorme Hyperaemie des Darmcanals von der Cardia bis zum Anus am stärksten am Dünndarm und blutig seröse Exsudation in den Darm. Das Blut der vergifteten Thiere kann andern ohne schädliche Wirkung transfundirt werden. N. Zuntz.

---

**Ueber die Menière'sche Krankheit.** Vortrag in der Section für Ohrenheilkunde des internationalen medicinischen Congresses in Amsterdam. Gehalten von **A. Guye** (Amsterdam) am 9. Sept. 1879. (Zeitschr. für Ohrenheilkunde IX. Bd. I. Heft.)

Der Vortragende gibt in 12 Schlusssätzen das Resultat seiner Beobachtungen dieser den praktischen Arzt ebenso wie den Ohrenarzt interessirenden Krankheit, wie folgt:

1. Im allgemeinsten Sinne kann man als Menière'sche Krankheit oder als Menière'sche Krankheitserscheinungen alle die Fälle bezeichnen, wo Schwindelgefühl entsteht, durch abnormale Reizung der nervösen Endorgane der halbzirkelförmigen Kanäle; sei es, dass der Reiz ein adäquater und nur zu starker sei, starke Drehungen des Kopfes oder des ganzen Körpers, sei es, dass er ein nichtadäquater sei — grössere Temperaturunterschiede (hauptsächlich Kälte), Druckschwankungen, Circulationsstörungen oder Entzündungsreizung.

2. Im engeren Sinne muss man als Menière'sche Krankheit die Fälle bezeichnen, wo durch entzündliche Vorgänge, sei es in den halbzirkelförmigen Kanälen selbst, oder in dem Mittelohr (Trommelhöhle oder Antrum mastoideum) Schwindel verursacht wird, der entweder fortwährend besteht oder durch normale Kopfbewegungen hervorgerufen wird, oder auch nur anfallweise in Zwischenräumen von Wochen oder Monaten auftritt.



3. Die nicht adäquaten Reize, Kälte, Circulationsstörungen, Hyperämie, Trommelhöhlenkatarrh, spielen in der Aetiologie der Menièreschen Krankheit im engern Sinne eine grosse Rolle.

4. Die meisten, wenn nicht alle Fälle Menière'scher Krankheit sind secundärer Natur, d. h. verursacht durch catarrhalische oder entzündliche Vorgänge in der Trommelhöhle oder im Antrum mastoideum.

5. In typischen Fällen gehen dem Schwindel voraus oder begleiten ihn Drehungsempfindungen, die eine bestimmte Reihenfolge beibehalten: zuerst tritt eine Drehungsempfindung auf um die vertikale Axe, und zwar constant nach der kranken Seite, manchmal hin und zurück, aber nie einfach nach der gesunden Seite; dann folgt Drehungsempfindung um eine transversale Axe nach vorne und hinten; darauf wird meistens der Schwindel allgemein, es folgt Ohnmacht mit oder ohne Verlust des Bewusstseins und mit oder ohne Erbrechen. In einigen Fällen ist der Anfall nach 10 bis 30 Minuten vorüber, in anderen dauert die Empfindlichkeit gegen jede Bewegung 1 bis 2 Tage, und muss der Kranke während dieser Zeit liegen bleiben.

6. In einigen Fällen wird durch äussere therapeutische Eingriffe auf ein krankes Ohr Drehungsempfindung experimentell hervorgerufen. Lufteintreibung in die Trommelhöhle in einigen Fällen von acuter Trommelhöhlenentzündung, Wassereinspritzung in das Antrum mastoideum nach Anbohrung des Warzenfortsatzes, wenn das Wasser entweder durch den äusseren Gehörgang oder die Eustachi'sche Röhre durchfliesst. In solchen Fällen ist die Drehungsempfindung constant um die vertikale Axe nach der kranken Seite hin.

7. In manchen Fällen werden die Anfälle von subjectiven, oft sehr starken Gehörsempfindungen begleitet, in manchen bestehen solche Gehörsempfindungen fortwährend in geringem Grade ohne Exacerbation in den Anfällen, in seltenen Fällen fehlen subjective Gehörsempfindungen ganz.

8. In länger dauernden Fällen besteht auch zwischen den Anfällen ein gelindes Schwindelgefühl, das hauptsächlich bei den ersten Kopfbewegungen nach dem Erwachen bemerklich wird, oder ein Gefühl von nach vorne und nach hinten Fallen, oder eine gezwungene steife Kopfhaltung, weil jede Bewegung in der Fläche, die einem bestimmten halbzirkelförmigen Canale entspricht, empfunden wird, als ob ein Stück Blei sich in der Richtung mitbewegte.

9. Im Verlaufe der Krankheit können, abgesehen von der häufigen Komplikation mit Hysterie, Chorea-ähnliche Zustände bei Kindern, und klonische Zuckungen der Muskeln des Gesichts und der oberen Extremitäten bei Erwachsenen sich entwickeln, die nach lokaler Behandlung des Ohrenleidens ganz verschwinden können.

10. Die Krankheit kann mit oder ohne Verlust des Gehörs vorübergehen.

11. Die lokale Behandlung hat in nicht zu alten und oft selbst in verzweifelten Fällen die befriedigendsten Erfolge.

12. Von inneren Mitteln verdient das von Charcot empfohlene Chinin noch am meisten Vertrauen, insofern als es die freien Intervalle während der Dauer des Gebrauches manchmal verlängert. Das Chinin hat übrigens bei chronischen Ohrenleiden oft die paradoxe Wirkung,

dass das sonst bestehende Ohrensausen vollständig verschwindet, die Schwerhörigkeit aber schlimmer wird, beides nur für die Dauer des Gebrauches.

In der Erläuterung dieser Sätze stellt sich der Vortragende vollkommen auf den Standpunkt von Flourens, Moch, Breuer, Crum Brown und der von ihnen entwickelten Theorie, welche den halbzirkelförmigen Kanälen die Empfindung der Kopfbewegungen zuschreibt. Vier mitgetheilte Krankheitsgeschichten erläutern das Vorgetragene. — Besonderes Gewicht legt der Vortragende auf die bis jetzt übersehene Thatsache, dass die Drehungsempfindungen stets in der Richtung der kranken Seite erfolgen. Walb.

---

**Ueber den Menière'schen Symptomencomplex** von **J. Gottstein in Breslau**. (Zeitschr. für Ohrenheilkunde IX. Bd. I. Heft.)

Nach einer allgemeinen Besprechung der Menière'schen Krankheit und ihren Beziehungen zu den bekannten Flourens'schen Versuchen, wendet sich der Verf. zu einer Besprechung derjenigen Fälle, die ohne Betheiligung des schallzuleitenden Apparates auftreten, bei denen nur die Annahme bleibt, dass der Hörnerv entweder in seinem centralen Ursprung, oder in seinem Verlauf resp. Endigung ergriffen ist, die neuropathische Form. Es werden zwei Gruppen unterschieden: 1) solche Fälle, bei denen die Betroffenen, meist Kinder, unter Erscheinungen, die wir als meningeale Reizung bezeichnen können, für kürzere oder längere Zeit erkranken, und nach voller Genesung Taubheit und taumelnden Gang zurück behalten und 2) solche, bei denen plötzlich ohne Aenderung des Allgemeinbefindens Taubheit und Schwindel sich einfinden. Die Ansicht von Voltolini, welcher die Erscheinungen der ersteren Gruppe durch eine genuine Erkrankung des Labyrinthes erklärt, ohne dass es sich um eine Meningitis handelt wird durch die Mittheilung von 25 Fällen widerlegt, in denen es sich um Meningitis cerebro-spinalis gehandelt hatte und welche alle mehr oder weniger ausgesprochen Menière'sche Symptome zeigten. Gleichzeitig sucht der Verfasser durch die mitgetheilten Fälle die Ansicht der Physiologen von der Bedeutung der halbzirkelförmigen Kanäle als Gleichgewichtsorgan zu widerlegen. — Die zweite Gruppe von Fällen ist meist apoplektischen Ursprungs. Walb.

---

**Ein Fall von akuter (primärer) spontaner Rückenmarkserweichung** von **Dr. Racine** (Brandenburg). (Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten Bd. X. Heft 2.)

Ein kräftiger Soldat klagte angeblich in Folge von Erkältung und Durchnässung über Schmerzen in der Lumbalgegend, neben andern unbestimmten Erscheinungen, die in Schüben sich verschlimmerten und erst nach 5 Wochen unter Eintritt vollkommener Paraplegie der unteren Extremitäten und der Blase die bestimmte Diagnose einer akuten Myelitis transversa gestatteten. Sehr bemerkenswerth war das lange Erhaltenbleiben der Sensibilität, des Druck-, Temperatur- und Muskelsinns, der elektrischen Erregbarkeit der Muskeln vom Nerven aus und der normalen Temperatur; der Oberkörper war in Schweiss gebadet, während Beine und Bauch trocken blieben. Die Sektion ergab im Gebiete der

Lendenanschwellung in einer Ausdehnung von 5 cm völlige Erweichung des Rückenmarkes bei gesunden umliegenden Wirbeln; sodann Cystitis und einen massenhaften doppelseitigen Hydrothorax, dem bei der Intaktheit der Pleura selbst, ähnlich den bei der akuten Myelitis beobachteten Oedemen, „eine noch nicht näher bekannte Alteration der Gefässwandungen resp. des Gefässtonus" (Leyden) zu Grunde liegen müsse.

Oebeke (Endenich).

**Ueber die Wirkung fieberhafter Krankheiten auf Heilung von Psychosen** von Dr. **B. Oks** in Odessa. (Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Bd. X. Heft 1.)

O. theilt die Ergebnisse einer russischen Bearbeitung obigen Thema's von Dr. A. Rosenblum zu Odessa mit. Vier Fälle psychischer Störung genasen nach dem Hinzutreten von Febris intermittens, nach Typhus genasen von 6 Geisteskranken 5, einer besserte sich. Von 22 Kranken, bei denen Febris recurrens sich entwickelte, genasen 11 von der Psychose, bei 3 trat Besserung ein und bei 8 keine Aenderung. „Diese Fälle betrafen chronische Formen, in welchen Besserung und Genesung ausschliesslich der Recurrens zuzuschreiben sind." Obschon nur in einigen Fällen später Recidive eingetreten, andere vielleicht auch ohne fieberhafte Krankheit genesen sein könnten, so „bleibt doch das Faktum des wohlthätigen Einflusses der fieberhaften Krankheiten auf Psychosen unbestreitbar bewiesen". Oebeke (Endenich).

**Neuromes multiples avec troubles trophiques dans le cours de la syphilis secondaire** (Multiple Neurome mit trophischen Störungen im Verlauf der sekundären Syphilis). Observ. de **Caradec**, d'après Dr. **Brochin.** (Gazette des hopitaux, N. 13, le 31 Janvier 1880.)

Bei L. Segelmacher, 22 Jahre alt, trat, als er an sekundärsyphilitischen Symptomen (Drüsenschwellung, plaques muqueuses, papulöses Exanthem, dolores nocturni) litt, während specifischer Behandlung, Schmerzhaftigkeit an der rechten inneren Schenkelseite, im Gebiete des N. saphenus internus ein; derselbe ist deutlich palpabel, in seinem Verlauf hirsekorngrosse ovoide Schwellungen, leicht verschiebbar in transversaler, nicht in longitudinaler Richtung, 25 bis 30 am Oberschenkel, 10 bis 20 am Unterschenkel, nicht schmerzhaft, mit Ausnahme am inneren unteren Drittel des Oberschenkels, wo sich einige grössere Schwellungen finden. In der linken Kniekehle eine Reihe ähnlicher Schwellungen. Die Sensibilität ist in jeder Beziehung normal. Am folgenden Tage zeigt sich genau im Verlauf des Saphenus internus eine pigmentirte braune Linie; auf derselben reichliche kleine, hinfällige, weisse Härchen. Am zweitfolgenden Tage ausserdem ein rother Zug am inneren unteren Drittel des Oberschenkels, entsprechend den schmerzhaften Neuromen. Die Lokaltemperatur rechts im Niveau der Neurome 33,6; an der entsprechenden Stelle links 32,4. Als bei fortgesetzter Behandlung nach drei Wochen die übrigen Symptome geschwunden waren, begannen die Neurome ganz allmählich sich zu verkleinern; acht Tage später verliess Pat. das Hospital. — Auf Grund einer ähnlichen, jedoch nicht so klaren Beobachtung glaubt Caradec, dass bei genauer Untersuchung sich solche nervöse Störungen vielleicht als nicht so selten erweisen würden. E. Bardenhewer.



**Zur Kenntniss der nach Einwirkung plötzlich erniedrigten Luftdruckes eintretenden Rückenmarksaffectionen** von **Schultze.** (Virchow's Archiv Bd. LXXIX Heft 1. pg. 124.)

Schultze berichtet im Anschluss an einen von Leyden mitgetheilten Fall von Rückenmarksaffection nach plötzlich erniedrigtem Luftdruck über einen zweiten. Ein Brunnenarbeiter bekam nach Heraustreten aus einem Caisson, in dem er unter einem Ueberdruck von 2—3 Atmosphären lange gearbeitet hatte, nach Verlauf von 20 Minuten plötzlich eine totale Lähmung der Unterextremitäten. Es trat hinzu Blasen- und Mastdarmlähmung und der Mann starb unter Decubitus, Cystitis und Pyelitis. Die anatomische Untersuchung ergab eine disseminirte Degeneration der weissen Stränge des Dorsaltheils des Rückenmarks.

Ribbert.

---

**Ueber Pyopneumothorax subphrenicus (und subphrenische Abscesse)** von **E. Leyden.** (Zeitschr. für klin. Med. I. Bd. 2. Heft. S. 320.)

Mit Pyopneumothorax subphrenicus bezeichnet Leyden grosse zwischen Zwerchfell und Leber oder zwischen Zwerchfell, Milz, Magen oder Colon gelegene luft- und eiterhaltige Höhlen, welche so hoch in den Thoraxraum hinaufragen, dass sie bei der physikalischen Untersuchung des Thorax eclatante, dem wahren Pyopneumothorax sehr ähnliche Symptome, erkennen lassen. Solche lufthaltige subphrenische Abscesse sind zwar schon mehrfach beobachtet und in der Literatur mitgetheilt worden, doch sind sie in keinem der bekannt gewordenen Fälle als solche bei Lebzeiten erkannt worden, vielmehr sind sie entweder gänzlich übersehen, oder für Pyopneumothorax gehalten worden, so dass erst die Sektion ihr Vorhandensein nachwies. Durch einen im Jahre 1877 auf der propädeutischen Klinik der Charité zur Beobachtung gelangten, von Dr. Pfuhl beschriebenen einschlägigen Fall, in welchem die Autopsie eines 23jährigen Mädchens, anstatt des diagnostizirten Pyopneumothorax, eine durch ein perforirtes Duodenalgeschwür veranlasste Abscesshöhle unterhalb des Zwerchfells ergab, ward Leyden auf diesen Zustand speciell aufmerksam gemacht. Es gelang ihm in der Folge in drei Fällen von lufthaltigen subphrenischen Abscessen die richtige Diagnose zu stellen und den Beweis zu liefern, dass dieser Zustand, der bis jetzt als ein der Diagnose unzugängliches Curiosum betrachtet wurde, mit Sicherheit erkannt und somit einer operativen Behandlung zugänglich gemacht werden kann.

Zuerst stellte Leyden die Diagnose einer zwischen Leber und Zwerchfell gelegenen mit Luft und Eiter gefüllten Höhle bei einem 54jährigen Herrn. Auf seine Veranlassung entleerte v. Langenbeck durch Punktion 2 Liter eines ashaft stinkenden Eiters, erweiterte dann die Oeffnung durch Schnitt und drainirte die Abscesshöhle. Trotz anfänglicher Besserung starb Patient 8 Wochen nach der Operation. Die Autopsie ergab, dass die zwischen Leber und Zwerchfell gelegene, punktirte Abscesshöhle fast völlig verheilt war; jedoch fanden sich, wie auch vermuthet, zwischen Verwachsungen des Colon und Duodenum einerseits, und des Magens und rechten Leberlappens andererseits kleine Eiterherde. Als Ursache der Peritonitis zeigte sich ein perforirtes Duodenalgeschwür.



Bei dem zweiten Patienten, einem 70jährigen Herrn, war die ebenfalls zwischen Leber und Zwerchfell gelegene Abscesshöhle kleiner, wie die Autopsie ergab, kindskopfsgross, und misslang der wiederholte Versuch sie behufs der Probepunktion mit der Pravaz'schen Spritze zu erreichen. Nachdem vorher Perforation in die Lunge eingetreten war, erfolgte nach 15wöchentlichem Krankenlager der Tod. Als Ausgangspunkt der Peritonitis spricht Leyden ein an der kleinen Curvatur gelegenes, tiefgreifendes Magengeschwür an, dessen Perforationsöffnung freilich bei der Section nicht mehr aufgefunden werden konnte.

Im dritten Falle ergab die Sektion einer 32jährigen Arbeiterin, welche in so üblem Zustande auf die propädeutische Klinik aufgenommen worden war, dass sie am zweiten Tage starb, als Ursache des diagnostizirten linksseitigen Pyopneumothorax subphrenicus ein perforirtes Magengeschwür. Die Perforationsöffnung führte in eine oberhalb des Colons gelegene kleinere Höhle, welche mit einer unterhalb des linken Zwerchfells gelegenen grösseren Höhle communicirte. Aus letzterer führten zwei ziemlich grosse Perforationsöffnungen in das Colon transversum. (Diese Perforation ins Colon veranschaulicht die Möglichkeit einer Ausheilung solcher Abscesse durch Entleerung in den Darm.)

Aus den 4 vorstehenden und aus den übrigen in der Literatur niedergelegten Fällen, die er einer genauen Analyse unterzieht, zieht Leyden den Schluss, dass derartige lufthaltige Eiterhöhlen fast stets einer Perforationsperitonitis ihre Entstehung verdankten. Die in die Bauchhöhle ausgetretene Luft, welche meist faulige Gase und sonstige faulige Substanzen mit sich führe, entweiche, vornehmlich durch den bei acuter Peritonitis sich rasch entwickelnden Meteorismus mechanisch verdrängt, in die Concavität des Zwerchfells und errege dort Entzündung, Exsudation und Eiterbildung. So entstände ein mit Luft gemischter Eiterherd, der, indem er mehr und mehr anwachse, das Zwerchfell nach oben, die Leber resp. den Magen nach unten dränge und sich durch Verwachsungen der Darmschlingen oder des Mesenteriums gegen die Bauchhöhle abgrenze. Dass die Luft sich in einem jauchigen Abscesse durch Gährung entwickele, sei nicht anzunehmen, doch sei die Möglichkeit zuzulassen, dass die Luft erst später in einen Eiterherd einträte, wenn derselbe in die Lungen oder in den Darm perforirt habe.

Die Momente, welche zur Diagnose eines Pyopneumothorax subphrenicus führen, fasst Leyden in folgenden Punkten zusammen:

„1) Die Entwickelung der Krankheit, nachdem die Erscheinungen der allgemeinen (Perforations-)Peritonitis oder Eiterentleerungen vorangegangen sind.

2) Die Bildung eines Exsudates im unteren Theil der (rechten oder linken) Thoraxpartie unter entzündlichen Erscheinungen (Schmerz, Fieber). Dabei wenigstens für längere Zeit das Fehlen von Husten und Auswurf.

3) Weiterhin werden die Zeichen des Pyopneumothorax im unteren Theile des (rechten oder linken) Thorax deutlich, i. e. voller Percussionsschall bis zum Rippenende, Dämpfung in den hinteren unteren Partien: in dieser Gegend fehlt das Athmungsgeräusch, wie der Fremitus, metallische Geräusche sind durch gleichzeitige Auscultation und Percussion zu erzeugen, Succussionsgeräusch ist deutlich.



4) Daneben aber constatirt man Symptome, welche beweisen, dass oberhalb dieser Stelle die Lunge intakt und ausdehnbar ist, dass sie bei tiefer Inspiration herabsteigt. Unterhalb der Clavicula ist das Athmungsgeräusch vesiculär, der Fremitus erhalten, bis zur 3. oder 4. Rippe. Bei tieferer Inspiration aber erstreckt sich das normale Athmungsgeräusch herab bis zur 4. oder 5. Rippe, während sogleich unter dieser Grenze jedes Athmungsgeräusch, scharf abgeschnitten, aufhört.

5) Die Dämpfung des Percussionsschalles, welche dem Exsudat entspricht, wechselt schnell und deutlich bei Umlagerungen des Körpers und beweist die schnelle Beweglichkeit der Flüssigkeit, — aber auch dies Symptom ist auf den unteren Theil des Thorax (d. h. unterhalb des Zwerchfells) beschränkt.

6) Die Zeichen des gleichmässig vermehrten Druckes im Pleuraraum fehlen oder sind nur wenig ausgeprägt. Die entsprechende Thoraxhälfte ist kaum ektatisch, die Intercostalräume eben verstrichen, das Herz nur wenig nach der anderen Seite herübergedrängt. Dagegen ragt die Leber tief in das Abdomen hinein bis zur Höhe des Nabels oder noch tiefer, wo ihr unterer Rand deutlich zu fühlen ist.

7) Im weiteren Verlaufe kann die drohende, oder eintretende Perforation in die Luftwege mit plötzlichem massenhaftem Auswurfe von jauchigem Eiter die Diagnose, falls sie noch zweifelhaft geblieben sein sollte, vollkommen sicher stellen.

8) Endlich kann auch die Manometrie der Pleura (Pleurimetrie) zur Sicherung der Diagnose herbeigezogen werden. Pfuhl hatte bereits bemerkt, dass die mit der Punktion verbundene Manometer-Messung, wenn sich die Canüle in einer Höhle unterhalb des Zwerchfells befindet, bei der Inspiration eine Steigerung, bei der Exspiration eine Verringerung des Druckes ergeben müsste, umgekehrt wie im Pleurasack . . . ."

Für die Behandlung des Pyopneumothorax subphrenicus lässt Leyden die nämlichen Principien gelten, wie sie in Betreff der Therapie des wahren Pneumothorax anerkannt sind: womöglich operative Entleerung und Behandlung durch desinficirende Ausspritzungen.

Ungar.

---

**Ein Beitrag zur Aetiologie des Ertrinkungstodes.** Vortrag gehalten am 6. Nov. 1879 im thurg. ärztl. Cantonalverein von Dr. **O. Naegeli**, Bez.-Arzt in Ermatingen. (Correspond.-Blatt f. schweizer. Aerzte Jahrg. 1880 No. 2.)

Nach der einleitenden Bemerkung, dass, wenn ein guter Schwimmer beim Baden ertränke, die veranlassende Ursache meist unaufgeklärt bliebe, theilt der Vortragende zwei einschlägige Fälle mit, in denen der analoge Sektionsbefund einen Schluss auf die eigentliche Todesursache gestattete. — Ein 14jähriger Knabe sank, als er an einem warmen Sommerabend nach reichlich eingenommener Abendmahlzeit mit einem Kameraden um die Wette schwamm, plötzlich, ohne einen lauten Schrei auszustossen, unter. Sofort war Hülfe bei der Hand und konnte der Verunglückte schon nach 3—4 Minuten ans Land gebracht werden, wo Naegeli, der zufällig des Wegs gekommen war, noch den

Herzschlag constatiren konnte. Trotzdem blieben künstliche Respiration und Tracheotomie erfolglos. Beim Einschneiden der Trachea zeigte sich dieselbe mit Speisebrei angeschoppt. Die am zweiten Tage vorgenommene Autopsie ergab, dass die grösseren Bronchien und die Bronchiolen in ihr Lumen eingedrungene und dasselbe obturirende Kartoffelstücke enthielten. Im Uebrigen ergab die Sektion die Zeichen des Erstickungstodes, jedoch nicht die für den Ertrinkungstod thanatognomischen Merkmale. — Nahezu congruent ist das Sektionsprotokoll des zweiten Falles. Dasselbe betrifft die Leiche eines 18jährigen Burschen, der ebenfalls bald nach dem Nachtessen badete und plötzlich, einen dumpfen, gurgelnden Laut ausstossend, untersank. Auch dieser Fall charakterisirt sich durch die Anschoppung der Luftröhre und ihrer Aeste bis in die feineren Bronchien hinab durch Speisebrei. — Aus den beiden Sektionsprotokollen zieht Naegeli den Schluss, dass die zwei Verunglückten nicht ertrunken, sondern durch in die Luftwege gedrungene Speisemassen erstickt sind. In beiden Fällen beweise das Vorkommen der Magencontenta in den feinen Bronchien, dass die betr. Massen durch Aspiration, also noch während des Lebens, dort hineingerathen seien. — Den physiologischen Vorgang erklärt Naegeli folgendermassen: Der Druck des Wassers auf den vollen Magen und die kleinen beim Schwimmen entstehenden Wellen hätten Uebelkeit und Brechreiz bewirkt; dadurch habe plötzlich die Kraft versagt, der Halbohnmächtige sei gesunken, habe sich unter Wasser erbrochen und die in den Mund gerathenen Speisemassen aspirirt. In beiden Fällen sieht Naegeli ferner eine Begründung der alten Lehre: „Nicht mit vollem Magen zu baden". Ungar.

---

**Ueber die im Jahre 1878 in Preussen auf Trichinen und Finnen untersuchten Schweine.** Von **Eulenberg.** (Eulenberg's Vierteljahrsschrift 32. Bd. 1. Heft pag. 126—129.)

Von 2,524,105 untersuchten Schweinen sind 1222 (etwa eines unter 2000) trichinös, 6165 finnig, von amerikanischen Speckseiten und anderen Schweinefleischpräparaten 965 trichinös befunden worden. Die Zahl ist desshalb nicht genau, weil noch nicht überall in Preussen die obligatorische Fleischschau eingeführt ist. Die Zahl der amtlichen Fleischbeschauer betrug 16251. — Unter andern kamen in Berlin fünfzehn Gruppen von Erkrankungen an Trichinose zur Kenntniss der Behörden; im Ganzen wurden 102 Personen befallen, von denen acht starben. Die meisten trichinösen Schweine wurden in der Stadt Pleschen (Reg.-Bez. Posen) gefunden, nämlich 54, wesshalb eine Massenvertilgung der Ratten vorgenommen wurde. Am schlimmsten hauste die Krankheit im Dorfe Reinsdorf (Reg.-Bez. Merseburg), wo, wie in der ganzen Provinz Sachsen, die Sitte herrscht, halbrohes Schweinefleisch zu essen; von 30 Erkrankten starben 15. Betreffs der Stellen im Körper des Schweins, wo die Trichinen am zahlreichsten gefunden werden, haben sich die früheren Beobachtungen bestätigt: es sind der Häufigkeit nach: der Zwerchfellpfeiler, die Zwischenrippenmuskeln, die Vorderschenkel, Hals- und Kehlkopfmuskeln, Hinterschenkel. Als nützlich werden empfohlen: wiederholte Nachprüfung der Fleischbeschauer und Gewährung einer Geldprämie an dieselben für den Nachweis von Trichinen bei einem Schweine. Leo.

---



**Behandlung syphilitischer Geschwüre mit Pyrogallussäure** von **Vidal.** (Du traitement des ulcérations syphilitiques par l'acide pyrogallique. Sitzungsbericht der Société de Thérapeutique vom 27. Jan. 1880. Aus: Bull. gén. de Thérapeutique 49. Jahrg. T. XCVIII. S. 184.)

Vidal wandte bei einem Fall von syphilitischen Hautgeschwüren, hervorgerufen durch Inoculation des Virus unter die Haut des Abdomen Pyrogallussäure an, nachdem die Cauterisation mit Cuprum sulfuricum sich nutzlos erwiesen hatte und die Affection selbst die Dauer eines Monats erreicht hatte. An drei aufeinanderfolgenden Tagen applicirte er jedesmal eine Salbe, bestehend aus: Acid. pyrogall. 20,0; Axungia porci oder Vaseline 100,0. Der Schmerz war mässig und von verhältnissmässig kurzer Dauer. Die Oberfläche der gangränösen Wunden gewann ein besseres Ansehen, nach weiteren drei Applicationen trat rasch völlige Heilung ein.

Dieselbe Salbe wandte V. weiterhin an, um die Vernarbung von Chankergeschwüren zu erzielen und reussirte in 2 Fällen schon nach dreimaligem Gebrauch. Einmal benutzte V. die reine Pyrogallussäure, jedoch ohne besseren Heilerfolg. Von einem der mit Pyrogallussäure behandelten Kranken entnahm er Eiter und impfte denselben über ohne ersichtlichen Erfolg. V. schliesst daraus, dass die specifische Eigenschaft des syphilitischen Eiters zerstört gewesen sei.

Schulz.

---

**Ueber einen Fall von Erfrierung, behandelt mit Pilocarpin** von **F. Méplain.** (Sur un cas de congélation traité par la pilocarpine. Bull. géneral d. thérapeutique med. et chir. 49. Jahrgang. Bd. 98 p. 96.)

Méplain wurde zu einem 21 Jahre alten Soldaten gerufen, den man am 10. Dec. 1875 im Stalle auf dem Boden liegend gefunden hatte, nachdem er vor $1^1/_2$ Stunden sein Quartier verlassen hatte. Das Minimal-Thermometer gab am selben Morgen —27° an. Ehe M. zum Kranken gerufen wurde, hatte man sich bereits erfolglos bemüht, denselben durch Sinapismen, Frottirungen etc. wieder zum Bewusstsein zu bringen. M. fand den Patienten vor mit geröthetem Gesicht, die Muskulatur im Zustande hochgradiger Contraction, so dass der Körper wie vom Tetanus ergriffen erschien, dabei bestand Trismus, welcher das Einführen von Medikamenten per os unmöglich machte. Die Pupillen erschienen gleichmässig verengt. Die Haut des Kopfes war heiss, die des übrigen Körpers kalt und trocken, blass mit Ausnahme der durch die Sinapismen gerötheten Stellen. Der Puls äusserst schwach, die einzelnen Schläge kaum zu fühlen. Respiration oberflächlich, die seltenen Inspirationen durch lange Pausen unterbrochen. Der Kranke lag unbeweglich auf dem Rücken und reagirte auf keinerlei Reize. Nachdem M. noch verschiedene Belebungsversuche ohne Erfolg gemacht, entschloss er sich zur subcutanen Injection von drei Centigrammes Pilocarpinum hydrochloratum in zwei Dosen. Gleich nach der Injection minderte sich die Muskelstarre, der Trismus verlor sich bald, an seine Stelle trat kurzdauerndes Zähneklappern. Die Pupillen erweiterten sich. Der Puls wurde voller und etwa 10 Minuten



nach der zweiten Injection brach ein, langsam über den ganzen Körper sich verbreitender Schweiss aus. Inzwischen hatte sich auch die Respiration gebessert und zeigte bald normalen Rhythmus und Tiefe. Die Sensibilität beider Körperhälften nahm gleichfalls allmählich wieder zu. Den ganzen Tag über blieb Pat. somnolent und in einem Zustand von Nausea, der erst gegen Abend etwas nachliess. Am folgenden Tag klagte Pat., der eine gute Nacht gehabt hatte, nur noch über allgemeine Mattigkeit und ein brennendes Gefühl in den Fingerspitzen, die sämmtlich die gewöhnlichen Zeichen des Erfrierens an sich trugen. Am nächsten Tage war ausser diesem letzteren Symptom der Erkrankung keins von besonderem Belang mehr vorhanden. M. endigt seine Mittheilung damit, dass er die Möglichkeit eines epileptischen Anfalls, um den es sich in der angegebenen Erkrankung hätte handeln können, ausschliesst, mit Hülfe der Anamnese und der beobachteten Erscheinungen, von welchen er besonders den, über eine halbe Stunde lang dauernden tetanoiden Zustand betont. Die Annahme, dass eine einfache Cerebralcongestion vorgelegen habe, weist er zurück mit Hindeutung auf die rasche Veränderung im Zustand des Pat. nach der Anwendung des Pilokarpin. Schulz.

---

**Ein Fall von Tetanus traumaticus mit Ausgang in Genesung** von **Cron.** (Aerztliches Intelligenzblatt 1880 No. 4. 5.)

Einem 14jährigen Mädchen war durch einen Steinwurf die Nagelphalanx des rechten Daumens zerquetscht worden. Nach Extraction der Knochensplitter heilte die Wunde; es bildete sich eine schwielig-dicke und eingezogene Narbe. Am 26. Tage nach der Verletzung traten tetanische Krämpfe (Opisthotonus) und Trismus in wiederholten Attacken ein. Jetzt wurde die anfangs von den Eltern nicht gestattete Exarticulation der Nagelphalanx in der Chloroformnarkose vorgenommen. Die vom Vf. angewandte weitere Medication bestand in einer Lösung von 12,0 Chloralhydrat in 150,0 Dec. Alth. mit 0,06 Morphium, wovon 1—2 Esslöffel jedesmal mehrstündige Ruhe brachten. Bei Fortgebrauch dieser Mixtur blieben bis zum vierten Tage die Krämpfe aus, stellten sich aber sehr heftig wieder ein, als erstere ausgesetzt worden war. Während des dritten Paroxysmus dieser neuen Anfälle wurde Pat. mit Erfolg chloroformirt, darauf von der Chloral-Morphiumlösung anfangs dreistündlich ein Esslöffel, später seltener gegeben. Die Krämpfe wiederholten sich nicht mehr und Pat. genas.

Wolffberg.

---

**Die Behandlung der Lungenschwindsucht in geschlossenen Heilanstalten mit besonderer Beziehung auf Falkenstein i. T.** von **P. Dettweiler.** (Berlin. Reimer. 1880. S. 129.)

Der Verfasser begründet seine Methode der Schwindsuchtsbehandlung auf die Thatsache, dass der Arzt nach ausgebrochener Phthise es nicht allein mit einem erkrankten Organ, den Lungen, sondern mit einem kranken Organismus zu thun habe. Eine erfolgreiche Therapie kann im Allgemeinen nicht erzielt werden, wenn nicht auf alle die mannigfachen Störungen in den wichtigen Organsystemen Rücksicht genommen



wird, welche mehr oder minder bald das Herz, die Blutmenge, die Verdauung, das Nervensystem, die Athmung betreffen. Sehr häufig wechselt die Intensität der einzelnen Symtome, und es erfordert bald dies bald jenes die hervorragendere Beachtung. Nimmt man die eigenthümliche schwankende psychische Constitution der Kranken hinzu, die für den Verlauf der Krankheit von grosser Wichtigkeit ist, so sieht man, dass jede schablonenhafte Behandlung der Phthisis nach einem bestimmten einseitigen System fehlerhaft ist, dass vielmehr ein beständiger intimer Verkehr des Arztes mit dem Patienten erfordert wird, welcher es ermöglicht, die gesammte Lebensführung des Letzteren zu leiten und zu controliren. Dieses Ziel erreicht der Arzt am besten als Leiter einer zweckmässig eingerichteten Anstalt. Hier allein ist er im Stande, sowohl alle oft scheinbar geringfügigen Momente, die den kranken Organismus beeinflussen können, zu beachten und zu reguliren, insbesondere Schädlichkeiten hintanzuhalten, als auch die Wirkung des Heilverfahrens auf das Genaueste zu verfolgen. Die Methode des Verfassers beruht im Allgemeinen auf einer minutiösen Durchführung eines hygienisch-diätetischen Regimes, dem gegenüber er der Wirksamkeit sogenannter specifischer Heilpotenzen (warme, kalte, verdünnte Luft u. s. w.) nur reservirte Anerkennung zollt. Der specielle Theil des Buches („im Kleinen gross“) gibt nun eine detaillirte Beschreibung, nach welchen Gesichtspunkten der einzelneKrankheitsfall behandelt wird. Ohne auf alle Einzelheiten eingehen zu können, heben wir hervor, dass der Vf. auf die psychische und pädagogische Leitung des Kranken grossen Werth legt. Dieser muss in der Anstalt lernen, was ihm frommt, und mit rüstigerem Charakter und gesunderen Anschauungen in's Privatleben zurücktreten. Die Erkältung wird als die häufigste Quelle der Verschlimmerungen, der Nachschübe im Verlauf der Schwindsucht angesehen, daher auf rationelle Abhärtung geachtet, doch mit Berücksichtigung der Erfahrung, dass ein in activer Entwicklung phthisischer Processe Befindlicher überhaupt nicht abzuhärten ist. Die Nichtfiebernden (Reconvalescenten) werden in allmählicher Steigerung daran gewöhnt, Temperaturschwankungen zu ertragen, sowohl durch Abreibungen (trockene, nasse) und Douchen, wie durch prolongirten Aufenthalt in freier Luft. Athemgymnastik und Bergsteigen dürfen nur unter strenger Berücksichtigung der Herzkraft geübt werden; Ueberanstrengung des Herzens bei weniger beaufsichtigten Kranken vermag völligen Misserfolg der Kur herbeizuführen. Grosse Bedeutung kommt einer je nach dem Fieber, dem Zustand der Verdauungsorgane, der Blutmenge u. a. Momenten individualisirenden, im Allgemeinen aber stimulirenden, Abwechslung bietenden, reichlichen Ernährung zu. Alkoholgebrauch wird lebhaft gerühmt; in kleinen aber häufig wiederholten Dosen ist der Alkohol (durchschnittlich 70—80 gr Cognac und 1 Flasche Wein pro die) in fast allen Stadien der Krankheit ein vortreffliches Nähr-, Heil- und Genussmittel. Bezüglich zahlreicher specieller therapeutischer Massnahmen gegen das Fieber, den Husten, die Blutungen u. s. w. sowie mannigfacher Winke zur Beachtung vieler scheinbar kleiner Dinge im Leben der Kranken sei auf das Original verwiesen.

**Wolffberg.**

---





**Beitrag zur pneumatischen Therapie im Kindesalter** von **Prof. J. Kaulich.** (Prager medic. Wochenschrift. 1880. Nr. 2.)

K. wandte bei einer hochgradigen mit beiderseitiger chronischer Pneumonie complicirten Rachitis eines 4jährigen Mädchens 3 Monate hindurch den Hauke'schen pneumatischen Panzer an, eine Vorrichtung, welche gestattet, den kindlichen Körper mit Ausschluss des Gesichtes in einem wannen- oder korbförmigen Behälter mit verdünnter Luft zu umgeben. Durch diese Behandlung erreichte er Festigung des Skeletes, Ausgleich der Thorax-Verkrümmungen, Beseitigung der secundären Lungenaffection und Vermehrung des Körpergewichts.

Bartold.

---

**Ueber den salicylisirten Kampfer** von **Heurot.** (Sur le Camphre salicylé. Union medical. du Sud-Est. 31. Dec. 1879 p. 363. Aus: Bullet. gen. d. thérapeutique med. et chir. 49. Jahrg. Bd. 98 p. 143.)

Dr. Heurot hat die, von Lajoue empfohlene Verbindung von Kampfer mit Salicylsäure benutzt. Zur Darstellung derselben mischt man Acidum salicylicum und Camphora trita āā 10 Gr., setzt dem Gemisch 10 Tropfen 90 %igen Alkohol zu, verreibt und versetzt mit 10—20 Gramm Vaseline. Durch Zusatz von Paraffin erhält die Masse Wachsconsistenz. Application dieses Topicums auf ein Ulcus phagedaenicum und bei einem Fall von Ulcus syphiliticum führte beidemal prompte Heilung herbei. Luton benutzte das Präparat bei einem atonischen Beingeschwür, die Vernarbung vollzog sich sehr rasch. In Gleichem wurde ein indurirter Chancre des Scrotum, nach dem Gebrauch des Mittels durch einige Tage hindurch, günstig verändert. Heurot glaubt, dass der salicylisirte Kampfer leicht kaustisch wirke. Er spricht die Ansicht aus, dass bei seiner Verwendung die Ulcerationen am Collum Uteri wahrscheinlich rasch vernarben würden.

Schulz.

---

**Das Tonnensystem als Mittel zur Reinhaltung des Bodens, der Luft und der Flüsse** von **K. Mittermaier.** (Eulenberg's Vierteljahrschrift 32. Bd. 1. Heft pag. 108—119.)

Das Tonnen- oder Kübelsystem zur Abfuhr der menschlichen Dejectionen (Koth und Urin), welches darin besteht, dass in den Abtrittsgruben jeden Hauses eine durch ein Rohr mit dem Sitzbrett hermetisch verbundene eiserne Tonne placirt und in kurzen nach der Füllung bemessenen Zeiträumen abgefahren und durch eine neue ersetzt wird, ist in einem grossen Theile Heidelbergs eingeführt. Verf. beschreibt die Einrichtung mit zahlreichen Illustrationen und hebt die Vortheile des Systems in sanitärer und volkswirthschaftlicher Beziehung hervor. Zu genauerer Information ist Kenntnissnahme des Originals erforderlich. Leo.

---

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.



Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen nebst Titel und Register.

# Centralblatt für KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigirt von

**Dr. H. Rühle,** Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

**Dr. D. Finkler,** Privatdocent und Assistent an der medicin. Klinik in Bonn.

**1880.** **13. März.** **Nro. 3.**

**Inhalt:** (Orig.) Ueber den abnorm verstärkten ersten Ton an der Herzspitze bei Mitralstenose. Von **Otto Leichtenstern** in Cöln. — (Ref.) Perniciöse Anämie mit ausgedehnter Lymphangiectasie. Von **Weigert.** — Zur Empfänglichkeit Neugeborener für das Pockencontagium. Von **Lothar Meyer.** — Mittheilungen über febris recurrens. Von **Dr. Lüderitz,** Assistenzarzt der Klinik in Jena. — Typhus recurrens. Von **Dr. Thomas** in Ohrdruff. — Ein Fall von Parese der Augenmuskeln durch Kohlendunstvergiftung. Von **H. Knapp.** — Sehstörungen bei Vergiftungen durch Wildpastete und Hecht. Von **Prof. Dr. Cohn** in Breslau. — Ein Fall von Intoxication mit salicylsaurem Natron. Von Doc. **Dr. Kirsch.** — Echinococcus und spontane Fractur des Oberschenkels. Von **Ranzow.** — Lectures on Epilepsy. By **W. R. Gowers,** M. D. — Recherches sur la vascularisation de foie et des viscères abdominaux, au point de vue de la production du diabète par influence nerveuse. Von **M. Laffont.** — Stimmbandcysten. Von **Prof. Sommerbrodt.** — Acute Lähmung beider mm. crico-arytaenoidei postici und mm. thyreo-arytaenoidei. Von **Prof. Sommerbrodt.** — Krebs des Ductus thoracicus. Von **Weigert.** — Action de l'eau de vie et du vin sur la digestion. Von **M. Leven.** — On Jodine in Malarial Fevers by **Anderson.** — Einige Mittheilungen über subcutane Injectionen. Von **Dr. C. Schwalbe** in Magdeburg. — Zur Impftechnik. Von **Lothar Meyer.** — Ueber eine Art japanischer Akonitknollen, **Kusa** usu genannt, und über das in demselben vorkommende Akonitin. Von **A. Langgaard** in Japan. — Traitement du prolapsus rectal par les injections hypodermiques d'ergotine. Von **Dr. E. Vidal.** — Superarbitrium der Kgl. wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen betreffend die Befreiung eines Weges von den daselbst aufgefahrenen Schwefelkies-Rückständen. Von **Eulenberg.** — Ueber die Trepanation des processus mastoideus bei lebensgefährlichen Ohrflüssen. Von **Prof. Zaufel.** — Pathology and Treatment of Night-Sweating in Phthisis. By **Lauder Brunton.** — Des indications de la digitale. Von **M. Potain.**

## Ueber den abnorm verstärkten ersten Ton an der Herzspitze bei Mitralstenose von Otto Leichtenstern in Cöln.

In mehreren Fällen von Mitralisstenose, welche ich im letzten Halbjahre theils klinisch, theils klinisch und anatomisch zu untersuchen Gelegenheit hatte, überzeugte ich mich von der mir seit Langem geläufigen Thatsache, dass in denselben trotz erheblicher Kleinheit und geringer Spannung des Radialpulses, trotz der übrigen Zeichen einer mangelhaften Füllung des linken Ventrikels, der erste Ton an der Herzspitze von ungewöhnlicher Intensität, laut klappend, zuweilen fast



metallisch klingend war. Während in den älteren Lehrbüchern (von Skoda, Bamberger, Dusch, Oppolzer-Stoffella) nur von einem schwachen oder fehlenden ersten Ton oder von einem systolischen Geräusch an der Herzspitze bei Mitralisstenose (von den der Stenose eigenthümlichen Geräuschen hier abgesehen) die Rede ist, während Niemeyer-Seitz den zuweilen vorhandenen ersten Ton als von der Tricuspidalis herübergeleitet erklären, hat, so viel mir bekannt, zuerst Rosenstein die Verstärkung des ersten Tones an der Herzspitze bei Mitralisstenose mit Präcision hervorgehoben und in vollkommen zutreffender Weise zum Einwande gegen die von Talma vertretene Theorie, dass der erste Herzton nur ein Blutgeräusch sei, verwerthet. Da meines Wissens eine Erklärung der genannten Thatsache bisher nicht versucht wurde, so mag die Ansicht hier Platz finden, welche ich seit einer Reihe von Jahren über diesen Punkt hege und gelehrt habe.

Da in den Fällen ächter, einfacher Mitralisstenose von irgend erheblicher Hypertrophie oder gar Hypertrophie und Dilatation des linken Ventrikels nicht die Rede ist, da wir das Phänomen der abnorm starken Accentuirung des ersten Tones bei Mitralstenose häufig auch da antreffen, wo der Herzspitzenstoss in keiner Weise die Zeichen von Hypertrophie des linken Herzens darbietet, vielmehr schwach, breit und undulirend ist, so fehlt jede Berechtigung an Hypertrophie des linken Ventrikels als Ursache der grösseren Intensität des ersten Tones zu denken. Dass dieser nicht von der Tricuspidalis herübergeleitet ist, lehrt der einfache Vergleich des an der Herzspitze und nach aussen von derselben vernehmbaren Tones mit dem zwar starken, aber doch schwächeren, tieferen und überhaupt ganz anders gearteten Tone, der über dem rechten Herzen vernommen wird.

Die Verstärkung des ersten Tones an der Herzspitze bei Mitralisstenose hat meines Erachtens in Folgendem ihren Grund. Die Verengerung des Ostium atrioventriculare sinistrum verursacht (trotz der bei Stenose häufig verlängerten Kammerdiastole) eine geringere Füllung des linken Ventrikels. Die Folge davon ist, dass die gegen Ende der Kammerdiastole auftretende „Anfangsspannung“ (Baumgarten, Nega, Traube) eine ungewöhnlich geringe wird. Die unmittelbar darauf folgende Ventricularsystole trifft eine schwach gespannte Mitralklappe an, welche sie plötzlich in starke Spannung („Endspannung“) versetzt. Dadurch entsteht ein ungewöhnlich lauter erster Ton, denn dieser muss um so lauter sein, je mehr die Differenz in der Stärke der Anfangs- und Endspannung beträgt.

Man sieht, dass meine Erklärung auf demselben, zuerst von Baumgarten und Nega experimentell gefundenen Principe beruht, welches Traube in geistvoller Weise für die Erklärung des fehlenden oder schwachen ersten Tones an der Herzspitze bei Aorteninsufficienz benutzt hat. Trotz der oft enormen Hypertrophie und Dilatation des linken Ventrikels bei Aorteninsufficienz, trotz der bedeutend vermehrten Blutmenge, welche der linke Ventrikel in die Aorta wirft, trotz des intensiven Herzspitzenstosses, ist doch der erste Ton an der Herzspitze dabei oft sehr schwach oder fehlt mitunter gänzlich. Dies beruht nach Traube darauf, dass in Folge der übermässigen Speisung des linken Ventrikels von zwei Seiten her die diastolische An-



fangsspannung eine so bedeutende wird, dass sie durch die nachfolgende Kammersystole nur um Weniges mehr gesteigert werden kann. Wie also der abnorm schwache erste Ton bei der Aorteninsufficienz die Folge der verringerten Differenz in der Stärke der Anfangs- und Endspannung, so ist der abnorm verstärkte erste Ton bei der Mitralisstenose die Folge der vergrösserten Differenz in der Stärke beider Spannungen.

Wenn meine Erklärung richtig ist, so müssen auch verschiedene andere Ursachen von mangelhafter Füllung des linken Ventrikels eine Verstärkung des ersten Tones an der Herzspitze zur Folge haben. Seit Jahren habe ich diesem Gegenstande meine Aufmerksamkeit gewidmet und die Fälle zahlreich angetroffen, wo trotz notorisch geringer Füllung des linken Ventrikels, bei kleinem, schwachem, spannungsarmem Pulse, der erste Ton an der Herzspitze eine damit contrastirende, ungewöhnliche Stärke darbot. Da ich auf diesen Gegenstand in einer grösseren, dem Studium der Intensität der Herztöne gewidmeten Arbeit näher eingehen werde, so beschränke ich mich auf Folgendes. Wir treffen bei vielen blutarmen, kachektischen, heruntergekommenen Individuen (nach Blutverlusten, bei Anämischen, Chlorotischen, Reconvalescenten, bei Phthisikern, Carcinomkranken etc.), ferner bei Krankheiten, welche auf mechanischem Wege zu geringer Füllung des linken Ventrikels führen (bei grossen pleuritischen Exsudaten, bei Obliteration eines Pleuraraumes, bei ausgedehnter Infiltration oder cirrhotischer Schrumpfung der Lungen, bei Pneumothorax etc. etc.) sehr oft eine abnorme Verstärkung des ersten Tones an der Herzspitze an, die meiner Meinung nach mindestens zum Theil, wenn nicht ganz in den soeben auseinandergesetzten Momenten ihre Erklärung findet. Auch da, wo in Folge der verminderten diastolischen Ansaugekraft des linken Ventrikels die Blutfüllung derselben mangelhaft erfolgt (bei Muscular-Insufficienz des Herzens, Herzbeutelverwachsung etc.) mag die trotzdem zuweilen vorhandene Verstärkung des ersten Tones an der Herzspitze auf der vermehrten Differenz in der Stärke der Anfangs- und Endspannung der Mitralklappe beruhen. Solange die Kraft des linken Ventrikels nicht unter ein bestimmtes Maass gesunken ist, wird die verringerte Füllung desselben zu einer Verstärkung des ersten Tones an der Herzspitze führen können. Selbstverständlich wird trotz verminderter Anfangsspannung (in Folge ungenügender Füllung des l. Ventrikels) der erste Ton eine abnorme Schwächung dann erfahren, wenn gleichzeitig die der Contractionsstärke des linken Ventrikels proportionale Endspannung um ein Gleiches oder noch mehr abgeschwächt wurde.

Auch noch auf andere physiologische und pathologische Verhältnisse ist unsere Erklärung zum Theil anwendbar. Unter Anderem auf die bekannte Verstärkung des ersten Tones an der Herzspitze bei beschleunigter Schlagfolge des Herzens. Da bei Aenderung in der Häufigkeit der Herzschläge die Dauer der Systole innerhalb gewisser Grenzen constant bleibt, so kommt die Verkürzung der ganzen Herzaction bei rascherer Schlagfolge hauptsächlich auf Kosten des diastolischen Zeitraumes. Die kürzer dauernde Diastole hat aber geringere Füllung des linken Ventrikels zur Folge; die Folge davon ist Verminderung der

Anfangsspannung, Vergrösserung der Differenz zwischen der Stärke derselben und der Endspannung, Verstärkung des ersten Tones an der Herzspitze.

Zur Mitralstenose zurückkehrend haben wir noch eine Bemerkung nachzutragen. Selbstverständlich kann bei Mitralisstenose ein verstärkter erster Ton dann nicht zu Stande kommen, wenn beide Mitralsegel in einen starren, verdickten und geschrumpften Trichter (vorwiegende Valvular-Stenose, wie ich das nennen will) verwandelt sind; wohl aber wird die Verstärkung nicht ausbleiben bei vorwiegender Ostial-Stenose mit Entfaltbarkeit und Schwingungsfähigkeit wenigstens eines Theiles der Segel. Wir können daher Folgendes znsammenfassend sagen: Wenn bei vorhandener Mitralstenose der erste Ton an der Herzspitze ein ungewöhnlich lauter ist, so kann 1) die Stenose keine vorwiegend valvuläre sein; 2) spricht dieses Verhalten für eine immerhin noch genügende Contractionskraft des linken Ventrikels, sowie 3) dafür, dass die Füllung des linken Ventrikels eine unvollständige (mangelhafte) ist. Wenn bei vorhandener Mitralisstenose kein verstärkter, sondern nur ein schwacher, dumpfer erster Ton an der Herzspitze vernommen wird, so kann die Ursache hiervon sein entweder 1) grosse Schwäche des Herzmuskels oder 2) vorwiegend Valvular-Stenose mit Unentfaltbarkeit und Schwingungsunfähigkeit der veränderten Klappensegel oder 3) es besteht gleichzeitig Mitralisinsufficienz, die sich übrigens bei einigermassen genügender Herzkraft in dem Auftreten eines systolischen Geräusches dokumentiren wird.

---

**Perniciöse Anämie mit ausgedehnter Lymphangiectasie** (Erfüllung der Lymphbahnen mit blutähnlicher Lymphe) von **Weigert**. (Virchow's Archiv Bd. LXXIX Heft 2. p. 390.)

In einem Falle von perniciöser Anämie waren die Axillar- und Inguinal-, die Hals-, Bronchial-, Mesenterial-, Retroperitoneal-, Portal- und Netzlymphdrüsen zu röthlichen Massen angeschwollen und die zuführenden und umgebenden Lymphgefässe stark erweitert. Letztere enthielten röthliche Flüssigkeit und bildeten rechts neben dem oberen Brusttheil der Aorta zierliche, mit dem Ductus thoracicus communicirende Netze. Die röthliche Farbe der Lymphe rührte von ihrem ungemein reichen Gehalt an rothen Blutkörperchen her. Ribbert.

---

**Zur Empfänglichkeit Neugeborener für das Pockencontagium** von **Lothar Meyer**. (Virchow's Archiv Bd. LXXIX. Heft I. S. 43.)

Gast hatte Neugeborene, deren Mütter Wochen oder Monate vor der Entbindung revaccinirt worden waren ausnahmslos mit Erfolg geimpft und daraus geschlossen, dass die Vaccine die Placentargefässe nicht durchdringt. Dem muss widersprochen werden, schon deshalb, weil für die Variola der Durchtritt des Contagiums durch die Placenta und die Infection des Foetus in zahlreichen Fällen sicher nachgewiesen ist. Meyer erklärt die von Gast beigebrachten Thatsachen aus einer geringen Empfänglichkeit des Foetus für Contagien. Denn es gebären ja auch an Variola erkrankte Schwangere gewöhnlich gesunde Kinder. Diese geringe Empfänglichkeit des Foetus überträgt sich auch auf den



Neugeborenen, denn dieser reagirt viel schwerer auf Impfungen als ältere Kinder. Während diese auch durch schwache Lymphe mit Erfolg vaccinirt werden können, nutzt bei jenen nur eine gut und mit guter Lymphe ausgeführte Vaccination. Aber auch eine gelungene Impfung ist beim Neugeborenen immer unvollkommen. Es fehlt Areola und Fieber. Ribbert.

---

1) **Mittheilungen über febris recurrens** von Dr. **Lüderitz**, Assistenzarzt der Klinik in Jena. (Aus der Klinik des Herrn Hofrath Nothnagel.)

2) **Typhus recurrens** von Dr. **Thomas** in Ohrdruff. (Correspondenzbl. des allg. ärztl. Vereins von Thüringen, 1880, Nr. 2 p. 21—27.)

1) Der Rückfalltyphus war bis Dezember 1879 in Thüringen nahezu unbekannt; ein vereinzelter Fall war im Jahre 1874 in der Jenaer Klinik vorgekommen. Vf. berichtet nunmehr, dass seit dem 8. Dez. v. J. neunzehn Fälle in der Klinik behandelt worden sind. Sie betrafen sämmtlich Männer, Handwerksburschen im Alter von 18 bis 43 Jahren: lose vagabundirende Gesellen, die aller Subsistenzmittel baar, Wochen und Monate hindurch auf Landstrassen und in den elendesten Wirthshäusern sich herumgetrieben hatten, allen Schädlichkeiten des Wetters preisgegeben waren, und deren Organismus durch solche Strapazen begreiflicher Weise für eine Infection wohl geeignet sein konnte. Auch der Zustand, in welchem die Leute zur Aufnahme gelangten, entsprach dem völlig: sie waren sämmtlich verwilderte Subjecte, zerlumpt, von Ungeziefer wimmelnd. — Die Reiserouten der Leute vor ihrer Erkrankung ergeben mit ziemlicher Sicherheit das Facit, dass bei den meisten in Thüringen selbst die Infection mit Recurrensgift stattgefunden hat, dass jedoch nicht ein bestimmter Heerd als Ursprungsort verantwortlich gemacht werden kann. — Die Diagnose ergab sich theils aus dem eigenthümlichen Verlauf des Fiebers, der Krisen und der Recrudescenz, theils wurde sie durch den Blutbefund bestätigt. Während der Paroxysmen fand man in allen Fällen die Spirochaeta Obermeieri, eine Vermehrung und Vergrösserung der weissen Blutkörperchen und die von einigen Autoren als Spirillensporen gedeuteten kleinen glänzenden Körnchen. Bis zur Berichterstattung war der Verlauf bei allen Behandelten verhältnissmässig milde; es war bis dahin kein Todesfall vorgekommen. Die Zahl der Anfälle überstieg nicht drei. Die erste Intermission dauerte vier bis zehn Tage, die zweite neun bis zwölf. Die Dauer des ersten Anfalls war fünf bis sieben Tage, des zweiten drei bis fünf, des dritten, welcher nur viermal vorgekommen war, einen bis drei Tage. — Die höchste Fiebertemperatur betrug 41,9, die niedrigste nach der Krise 35°. Pseudokrisen, bei welchen die Temperatur rasch zur und unter die Norm sank, sich aber binnen wenigen Stunden zur ursprünglichen Höhe erhob, um erst dann mit einer definitiven Krise zu enden, kamen fünfmal vor. — Die Behandlung war im Ganzen symptomatisch; Versuche, durch hohe Dosen benzoesauren Natrons die Fiebertemperatur herabzusetzen, schlugen gänzlich fehl. — Vf. führt an, dass im Leipziger Krankenhaus in den letzten Wochen ständig gegen sechzig Fälle von Rückfalltyphus in Behandlung waren und macht darauf aufmerk-



sam, dass im vorigen Jahre die Krankheit sich in den verschiedensten Gegenden Deutschlands gezeigt habe.

2) Dr. Thomas berichtet, dass im Januar d. J. auch im Krankenhause zu Ohrdruff zwei Fälle von febris recurrens, wandernde Arbeiter betreffend, vorgekommen und milde verlaufen seien. Leo.

---

**Ein Fall von Parese der Augenmuskeln durch Kohlendunstvergiftung** von **H. Knapp**. (New-York. Arch. f. Augenheilkunde v. Knapp u. Hirschberg. IX. Bd. 2. Heft p. 229—231.)

Pat., besinnungslos aufgefunden, nachdem er eine ganze Nacht hindurch mit Kohlendunst vermischte Luft eingeathmet hatte, kam zwar bald wieder zu sich, blieb aber zehn Tage sehr schwer krank. Anfangs bestand Parese sämmtlicher Muskeln beider Augen, nach zwei Monaten nur noch Insufficienz des M. rect. int. und sup., sowie des M. sphincter pupillae und des M. ciliaris. Da durch den constanten Strom und türkische Bäder keine Besserung erzielt wurde, Tenotomie beider M. rect. ext. Darnach bedeutende Linderung der Beschwerden, so dass Pat. sich schliesslich ganz befriedigend befand. Die Lähmung hatte nur die Augenmuskeln befallen, deren Affection durch Kohlengasvergiftung Verf. in der ihm zugänglichen Literatur bisher nicht erwähnt fand. Nieden.

---

**Sehstörungen bei Vergiftungen durch Wildpastete und Hecht** von **Prof. Dr. H. Cohn in Breslau**. (Arch. f. Augenheilk. v. Knapp u. Hirschberg. B. IX. H. 2. p. 148—163.)

1) Vergiftung durch Wildpastete: Bei einer Pat. trat 1 Stunde nach dem Genusse von Wildpastete Erbrechen und Durchfall ein, am nächsten Tage Accommodationslähmung und starke Halsschmerzen mit Schlingbeschwerden, hervorgerufen durch eine sehr intensive Pharyngitis. Pat. gebraucht 8 Tage lang Eserininstillationen, und war 17 Tage nach der Intoxication die Accommodation wieder normal, während die Heilung der Hals- und Schlingbeschwerden erst nach 4 Wochen erfolgte.

2) Vergiftung durch Hechte bei 3 Personen, die höchstwahrscheinlich, wenn auch nicht absolut sichergestellt ist. Alle erkrankten an demselben Tage unter denselben Erscheinungen: Uebelkeit, Erbrechen, Durchfall und 1 Tag später Schlingbeschwerden und Accommodationsparese — palalyse. Nach 4 Wochen waren die Patienten gesund bis auf die noch bestehende Accommodationsstörung; einige Wochen später ist bei dem einen die Accommodation ganz normal, beim zweiten noch vollständige Paralyse vorhanden, die dritte Pat. soll noch schlechter sehen als früher, das Verhalten der Pupillen in den ersten Tagen war nicht mehr festzustellen, doch hatten die Pat. nicht über Blendung geklagt. Weiter theilt Verf. aus der ophthalm. Litteratur 5 Fälle von Wurstvergiftung mit, die ähnliche Krankheitssymptome darboten, von Augenaffection durch Fischvergiftung fand er dagegen keinen Fall, obgleich grosse Epidemien von Fischvergiftung mit demselben Krankheitsbild (namentlich in Russland) beobachtet sind. Schliesslich bemerkt Verf., dass Gastro-intestinalerscheinungen nach Fischgenuss gar nicht so selten sind und führt 4 ihm jüngst mitgetheilte Fälle an.

Nieden.

---





**Ein Fall von Intoxication mit salicylsaurem Natron** von **Doc. Dr. Kirsch.** (Prager medizin. Wochenschrift 1880. No. 1.)

Eine gesunde Dame, Ende der Vierziger, nahm 5—6 gr Natr. salicyl. und bekam danach Erbrechen, Angstgefühl, Abschwächung des Hörvermögens, Anaesthesie an den Füssen, Verminderung der Athem- und Puls-Frequenz sowie Abfall der Körper-Temperatur auf 36,0. C. K. sieht hierin eine Bestätigung der durch Thierversuche begründeten Ansicht, dass Salicylsäure auch beim gesunden Menschen von Einfluss auf die Temperatur sei. Bartold.

---

**Echinococcus und spontane Fractur des Oberschenkels** von **Ranzow.** (Virchow's Archiv Bd. LXXIX Heft 1. p. 180.)

Ein Arbeiter, 35 Jahre alt, brach im 14. Lebensjahr den rechten Oberschenkel. Die Fractur heilte mit geringer Verkürzung. 1877 traten wieder Schmerzen an der Fracturstelle ein, die zunahmen. Im Mai 1878 brach der Mann bei ruhigem Umhergehn ohne jede Veranlassung unter lebhaften Schmerzen den Oberschenkel nochmals. Ein Gypsverband wurde bis October ohne jede Besserung getragen. Eine Incision ergab völlige Zerstörung des Femur durch Echinococcusblasen. Es wurde daher die Exarticulation gemacht. Der Kranke starb noch am Tage der Operation. Virchow nahm die anatomische Untersuchung vor und constatirte das Vorhandensein gut ausgebildeter fertiler Tochterblasen. In der Leber wurden gleichfalls Echinococcen gefunden. Ribbert.

---

**Lectures on Epilepsy** (Vorlesungen über Epilepsie) by **W. R. Gowers,** M. D. (The Lancet, N. 9 and N. 10, Febr. 28 and March 6, 1880.)

W. R. Gowers gibt statistische Mittheilungen über 1450 Fälle von Epilepsie. Ausgeschlossen wurden dabei alle Fälle von organischer Hirnkrankheit, verwerthet die Fälle von Hystero-Epilepsie. — Von der Gesammtzahl kommen 53,4 auf weibliche, 46,6 pCt. auf männliche Kranke; nach Abzug der Fälle von Hystero-Epilepsie 52 auf weibliche, 48 pCt. auf männliche. Dass in den meisten anderen englischen Statistiken die männlichen Kranken überwiegen, glaubt H. dadurch verursacht, dass Fälle von syphilitischer Hirnkrankheit mit verwerthet wurden. — In 1250 Fällen wurde nach dem Einfluss hereditärer Momente sorgfältig geforscht. In 36 pCt. derselben (452 Fälle) waren Nervenkrankheiten in der Familie nachweisbar (Hemiplegie nach Hämorrhagie und Trunksucht nicht berücksichtigt); von diesen 36 pCt. betrafen 57 pCt. weibliche und 43 pCt. männliche Individuen. Die Heredität stammte von väterlicher Seite in 35, von mütterlicher in 39, von beiden Seiten in 5 pCt. In 240 Fällen war die Krankheit der Vorfahren Epilepsie, in 54 Epilepsie mit Geistesstörung, Epilepsie mit Chorea in 5, Epilepsie, Geistesstörung und Chorea in 3 Fällen. Rheumatismus und Phthise der Eltern scheinen die Kinder nicht für Epilepsie zu prädisponiren. In keinem Falle ergab sich Blutsverwandtschaft der Eltern. Von 8 Fällen ererbter Syphilis begannen die Anfälle zweimal während der Kindheit, in den



übrigen am Ende oder nach derselben. — Nach dem Alter der Patienten vertheilen sich die 1650 Fälle derart, dass die Krankheit begann zwischen 1 und 10 Jahren in 29, zwischen 10 und 20 in 46, zwischen 20 und 30 in 15,7, zwischen 30 und 40 in 6, zwischen 40 und 50 in 2, zwischen 50 und 60 in 1, nach 60 in $^1/_3$ pCt. der Fälle. Die höchsten Zahlen kommen auf das 1. und auf das 15. und 16. Jahr, für jedes 5 resp. 6 pCt. aller Fälle. Von den Fällen, die im ersten Lebensjahr begannen, kamen 51 auf weibliche und nur 27 auf männliche Kranke; in späteren Jahren ist die Vertheilung eine mehr gleichmässige, doch mit manchen interessanten Schwankungen. Der hereditäre Einfluss macht die Krankheit nicht früher beginnen; die Zahlen bleiben wesentlich dieselben. — Von 1000 Fällen hatten in 185 ($18^1/_2$ pCt.) die Anfälle hystero-epileptischen Charakter; ungefähr ein Drittel der Fälle betraf männliche Individuen; bei weiblichen fiel das Maximum in die zweite Dekade. — Bei Kindern bis zu drei Jahren traten in 72 pCt. die ersten Anfälle während der Dentition ein. Hierbei spielt die Rhachitis eine hervorragende Rolle, was therapeutisch von grosser Wichtigkeit ist. Häufig cessiren die während der Dentition aufgetretenen Anfälle (z. B. im 7. Jahre), um nach einigen Jahren (z. B. im 11.) sich wieder einzustellen. — Die Angaben der Patienten über die Ursachen der Anfälle sind mit grosser Vorsicht aufzunehmen. Von 1150 wurde in 428 Fällen ein vernünftiger Grund des 1. Anfalls angegeben. Die wichtigsten Ursachen sind psychische Erregungen (in $^1/_7$ aller Fälle) und zwar die häufigste der Schrecken (in 119 Fällen), der das ganze Nervensystem so mächtig ergreift. Er ist besonders wirksam in der Jugend (am häufigsten zwischen 10 und 20 Jahren) und bei weiblichen Individuen. Die Anfälle traten meist sofort oder nach einigen Stunden ein, mitunter nach mehr als einer Woche; sie sind häufig hystero-epileptischer Natur; um so seltener, je länger der Zwischenraum. Angst war die allein nachweisbare Ursache in 29 Fällen, sechszehnmal bei männlichen, dreizehnmal bei weiblichen Individuen. — Die nächst häufigste Ursache waren traumatische Einflüsse, Schlag oder Fall auf den Kopf; 65 Fälle, 21 unter 10, 25 zwischen 10 und 20 Jahren; 39mal bei männlichen, 26mal bei weiblichen Kranken. Hierbei waren die Anfälle hystero-epileptischer Art in 6 von 44 Fällen. In einem Fünftel der Fälle trat der Anfall unmittelbar nach dem Unfall ein, in einem Drittel betrug der Intervall bis zu einer Woche, in den übrigen mehr, bis über einen Monat. — In 27 Fällen ergab sich die Einwirkung der Sonne als wahrscheinliche Ursache, 20mal bei männlichen, 7mal bei weiblichen Individuen. — Akute Krankheiten werden in 37 Fällen als Ursachen des ersten Anfalls angeschuldigt; darunter 19mal Scharlach (Uraemie meistens auszuschliessen) und 9mal Masern. Intestinal-Würmer waren anscheinend die Ursache in 6, chronischer Alkoholismus in 13, chronische Bleivergiftung in 6 Fällen, in zwei von diesen bestand zugleich chronische Nierenkrankheit. Tabakrauchen gehört nicht zu den Ursachen der Epilepsie, ebensowenig acquirirte Syphilis. Verspätete oder ausgebliebene Menstruation, bei Knaben Masturbation, koincidirte häufig mit dem ersten Anfall. In 7 Fällen begann die Krankheit während der Schwangerschaft, in 5 Fällen nach der Entbindung. — Herzkrankheiten aller

Art bestanden in 97 Fällen; in vielen lag eine andere Ursache nicht vor; in einzelnen mag die während der Anfälle bestehende Ueberanstrengung des Herzens die Ursache der Herzaffektion gewesen sein. Chorea fand sich in 29 Fällen; vielleicht begünstigt vorhergegangene Chorea durch Schwächung der motorischen Centra das Auftreten der Epilepsie. Nähere Details sind im Original nachzusehen.

E. Bardenhewer.

---

**M. Laffont, recherches sur la vascularisation de foie et des viscères abdominaux, au point de vue de la production du diabète par influence nerveuse.** (Untersuchungen über die Vascularisation der Leber und der Baucheingeweide in Rücksicht auf die Erzeugung des Diabetes durch nervösen Einfluss.) (Le progrès médical, Nr. 10, 6. März 1880.)

Im Anschluss an die Lehre Bernard's, dass der n. dilatator der Leber im Boden des vierten Ventrikels entspringe, durch das Rückenmark verlaufe bis zur Höhe des ersten Rückenwirbels und dann im n. splanchnicus zur Leber gelange, folgert L. aus Versuchen an jungen Hunden, dass durch Reizung des ersten und zweiten Rückennervenpaares die Blutfülle der Leber, der Milz, des Darmtractus zunimmt; dass Reizung der centralen Enden der n. n. vagi (Bezold) (durch Behinderung der Athmung) sowohl als der n. n. depressores (Filehner) Glykosurie hervorruft; ferner dass schmerzhafte Reizung irgend eines gemischten Nerven denselben Erfolg hat und zwar durch reflectorische Reizung des vaso-dilatatorischen Centrums (Vulpian). Dem letzteren entsprechend sah L. Zucker im Harn bei Pleuritis, Pneumonie, Herzkrankheiten, Rheumatismus, Typhus; bei letzterem sowie bei den Sumpffiebern ist die Glykosurie die direkte Folge der Blutfülle der Abdominalorgane. — Fernere Versuche ergaben, dass 1) Ausreissen der zwei oder drei ersten Rückennervenpaare die durch den Zuckerstich verursachte Zuckerausscheidung bedeutend verringert; 2) während schwache faradische Reizung der centralen Enden der n. n. vagi (beim Hunde) und der n. n. depressores (beim Kaninchen) ein beträchtliches Sinken des arteriellen Druckes bewirkt, derselbe Reiz, nach Ausreissung der zwei oder drei ersten Rückennervenpaare eine mehr oder weniger bedeutende Steigerung des Druckes zur Folge hat, und 3) dass schwache faradische Reizung der peripheren Enden der wohl isolirten Wurzeln des ersten Rückennervenpaares eine Abnahme des arteriellen Drucks in den Abdominalorganen bewirkt.

L. schliesst: „1. Die Glykosurie, Folge der Hyperglykämie, wie Bestimmungen der Mengen des Blutzuckers lehren, und hervorgebracht durch faradische Reizung der centralen Enden der n. n. vagi beim Hunde, der n. n. depressores beim Kaninchen, und aller sensiblen Nerven ist das Resultat einer durch diese verschiedenen Nerven dem intrabulbären, vasodilatatorischen Centrum zugeführten Einwirkung. Von diesem Centrum gehen centrifugale Fasern aus, welche im Rückenmark bis zur Höhe des ersten und vielleicht herab bis zum dritten Rückennervenpaare verlaufen, hier in das sympathische Geflecht und von da in den n. splanchnicus major eintreten. — Meine Untersuchungen erklären das Auftreten der Glykosurie in bestimmten Krankheiten, Herzaffectionen,



Rheumatismus, Pleuritis, Typhus, Sumpffieber, cerebrale Hämorrhagie. — 2. Das Ausreissen der zwei oder drei ersten Rückennervenpaare hebt die Wirkung der Reizung der centralen Enden der n. n. vagi und der n. n. depressores auf die Cirkulation auf. Dieses Ausreissen unterdrückt ebenso die Wirkung des Zuckerstiches. — 3. Die Reizung der peripheren Enden der Wurzeln des ersten Rückennervenpaares jeder Seite bewirkt ein Sinken des arteriellen Drucks in den Bauchorganen und beweist folglich die Existenz von in diesen Wurzeln verlaufenden vasodilatatorischen Nerven." E. Bardenhewer.

**Stimmbandcysten** von **Prof. Sommerbrodt.** (Bresl. ärztl. Zeitschrift 1880. Nr. 1.)

Verfasser berichtet kurz über 4 Fälle. Die kleinen spindelförmigen Anschwellungen gerade in der Mitte eines Stimmbandrandes, von derselben Weisse, als die Stimmbänder selbst, waren Ursache erheblicher Heiserkeit. Das Andrücken einer Sonde zeigte, dass sie nachgiebig waren, ein Einstich entleerte sofort einen Tropfen, darnach fiel die Geschwulst völlig zusammen und die Stimmfunction war hergestellt; 2mal blieb sie dauernd normal, 1mal trat Recidiv ein, nochmaliger Einstich beseitigte die Cyste für immer. Verf. räth bei derartigen spindelförmigen, farblosen Schwellungen sofort den Einstich, da derselbe sehr leicht den serösen Inhalt entleert und falls die Anschwellung solide wäre, keinerlei Schaden bringen kann. R.

**Acute Lähmung beider mm. crico-arytaenoidei postici und mm. thyreo-arytaenoidei** von **Prof. Sommerbrodt.**

Bei einem 18jähr. Mädchen trat nach einer heftigen nächtlichen Erkältung schon nach wenigen Stunden rasch steigende Dyspnoe, Stimmlosigkeit, Angstgefühl und lauter Stridor ein. Sofort zur chirurg. Klinik gebracht fand man sie cyanotisch mit lauter gedehnter Inspiration. Nach einer Morphiuminjection trat etwas Ruhe ein, um $12^1/_4$ Uhr bestand Cyanose, kühle Haut, ängstlicher Gesichtsausdruck, 90 Pulse, wenig beschleunigte Respiration, lauter Stridor bei Inspiration; Exspiration freier, kurz; vollkommene Aphonie. Die Laryngoscopie ergab normale Färbung des ganzen Kehlkopfes, gländzend weisse Stimmbänder. Bei jeder Inspiration schliessen die Stimmbänder in der Mittellinie, bei der Exspiration weichen sie in die Cadaverstellung zurück. Bei der Phonation werden die Aryknorpel nach innen bewegt, aber es schliessen die Stimmbänder nicht vollständig, sondern lassen im vordern Abschnitt eine flachovale Oeffnung zwischen sich.

Im übrigen Körper nichts Abnormes, keine Beeinflussung des Pulses bei der Inspiration. Der Inductionsstrom wird zu beiden Seiten des Kehlkopfes applicirt und täglich damit fortgefahren. Nach 10 Tagen konnte Patientin als geheilt entlassen werden.

Das Auseinanderweichen der Stimmbänder bei der Exspiration spricht gegen die etwaige Annahme eines Spasmus glottidis, und das laryngoscopische Bild zeigte die Stimmbänder bei der Inspiration schlaff nach unten gewölbt; die Stimmbandspanner und Schliesser waren zudem paretisch. Es beweist daher dieser Fall, dass wirklich die Lähmung der mm. arytaenoidei post. die hochgradige inspiratorische Stenose veranlassten. R.



**Krebs des Ductus thoracicus** von **Weigert.** (Virchow's Archiv Bd. LXXIX Heft 2. p. 385.)

Bei einem primären Krebs des Rectums mit krebsiger Infiltration der Umgebung und Metastasen in die Leber, fand Weigert auch einen Krebsknoten im Ductus thoracicus, da wo er durch das Zwerchfell tritt. Derselbe füllte den Ductus ganz aus und hatte eine erhebliche Erweiterung der nächsten peripheren Strecke desselben veranlasst. Diese Erweiterung ging nicht auf die Chylusbahnen des Mesenteriums und des Darmes über. Ribbert.

---

**Action de l'eau de vie et du vin sur la digestion** (Wirkung des Branntweins und des Weines auf die Verdauung) von **M. Leven.** (Gazette hébdomad. 20 Fevr. 1880).

Hunde wurden mit 200 Gr. Fleisch unter Zufügung verschiedener Gaben der Alcoholica gefüttert und nach $5^3/_4$ Stunden getödtet. — Nach grossen Dosen (75 Gr. Branntwein, 300 Gr. Wein) war die Nahrung unverdaut, die Magenschleimhaut congestionirt; im Magen grössere Mengen einer klaren, schwachsauren Flüssigkeit, ohne Verdauungskraft. Bei kleineren Dosen (25 Gr. Branntwein, 150 Gr. Wein) war im Gegensatz hierzu die Verdauung weiter vorgeschritten, als in den Controlversuchen ohne Alcoholica. N. Zuntz.

---

**On Iodine in Malarial Fevers** by **Anderson.** (Jod bei Malariafiebern.) Proceedings of King's Co. Med. Soc. (Citirt in Lond. Med. Rec. Feb. 1880 S. 51.)

A. wendet Jod gegen Intermittens an. In wenigstens 300 Fällen habe er fast ausnahmslos einen günstigen Erfolg gehabt, den er der Arznei zuschreibt, da sonst durch Diät u. s. w. keine Behandlung eingeleitet wurde. In vielen Fällen wirkt das Jod sofort und bleiben die erwarteten Anfälle aus, in andern dauert es 2—3 Tage, bis eine Milderung eintritt. An eine permanente Heilung durch Jod glaubt A. nicht, findet die Wirkung aber günstiger als die des Chinins und in der Kinderpraxis viel angenehmer. Erwachsenen giebt man etwa 1,0 der Tr. Jodinii comp. Ph. Amer. (Jod 15,0, Kal. jodat. 30,0, Alcohol 500 ccm) mit Syr. gummosus dreimal täglich nach dem Essen ohne Berücksichtigung der Pyrexie. Kinder bekommen die Hälfte.

Warren.

---

**Einige Mittheilungen über subcutane Injectionen** von Dr. **C. Schwalbe** in Magdeburg. (Correspondenzbl. des allg. ärztl. Vereins von Thüringen, 1880, 2. Bd. p. 37—41.)

Vf. hat früher schon subcutane Injectionen von Alcohol in die Umgebung von Krebsgeschwülsten, Kröpfen etc. empfohlen und erklärt die Wirkung aus dem narbenbildenden und zusammenziehenden Einfluss des Alcohols und ähnlich wirkender Stoffe auf die Blutgefässe, wodurch die Blutzufuhr beschränkt und die locale Hyperämie gehoben wird. Von diesem Gedanken ausgehend wandte S. die Injectionen gegen chronische Eczeme, scrophulöse und andere hartnäckige



Geschwüre, gegen Periostitis und Gelenkentzündungen mit Vortheil an. Auch empfiehlt er das Mittel als Ableitung statt Vesicantien und Einpinselungen von Jodtinctur; namentlich führt er die Resorption eines pleuritischen Exsudats in Folge dieser Behandlung an. — Die Stärke des Spiritus schwankt zwischen 20 und 70 pCt. Die Zahl der Einspritzungen richtet sich nach der Empfindlichkeit des Patienten und der Reaction. Es wird in Zwischenräumen von zwei bis zwölf Tagen eine halbe bis eine ganze Pravazsche-Spritze injicirt. Leo.

---

**Zur Impftechnik** von **Lothar Meyer.** (Eulenberg's Vierteljahrsschrift 32. Bd. 1. Heft pag. 95—108.)

Vf. bespricht die Mittel zur Verhütung der Uebertragung von ansteckenden Krankheiten (Erysipel, Syphilis etc.) bei der Impfung und fasst seine Grundsätze in folgenden Thesen zusammen: 1. Impfungen beim Herrschen contagiöser Krankheiten sind aufzuschieben. 2. Der Impfer selbst darf nicht impfen, so lange er mit contagiösen Kranken in Berührung kommt, wofern er selbst nicht vorher Seifenbäder gebraucht und die Kleider gewechselt hat. 3. Der Impfer soll dahin möglichst wirken, dass die Impflinge gegen contagiöse Einflüsse, sowie die Impfpusteln gegen Insulte geschützt bleiben. 4. Seitens der Behörden muss Sorge getragen werden, dass keine zu grosse Zahl von Impflingen an den einzelnen Terminen erscheine und die für letztere bestimmten Räume allen sanitären Forderungen entsprechen. 5. Während grosser Hitze sind Impfungen aufzuschieben. 6. Niemals dürfen Stammpusteln mehr als normal entzündet sein. 7. Der öffentliche Impfer ist vorläufig wenigstens noch auf den Gebrauch der Glycerinlymphe und zwar insbesondere derjenigen Lymphe angewiesen, die von mehreren Kindern stammt, sofort bei ihrer Gewinnung mit Glycerin innig gemischt und in möglichst kleinen Gläschen aufbewahrt wird. 8. Für Impfung und Abimpfung müssen verschiedene Lancetten dienen, die unmittelbar vor dem Gebrauch in jedem einzelnen Falle in Wasser (resp. in einproc. Carbolsäurelösung) zu tauchen und abzutrocknen sind. 9. Das Alter des Stammimpflings soll möglichst nicht unter einem Jahr, sowie letzterer weder ein uneheliches noch erstgeborenes Kind sein. 10. Von Revaccinen Erwachsener ist niemals und selbst nicht rathsam abzuimpfen von denjenigen der Zwölfjährigen, bei denen dieselben überdies nur selten den Vaccinen vollkommen gleichen. 11. Eine möglichst strenge Auswahl gesunder Stammimpflinge, sowie möglichst geringe Ausbeutung der Stammpusteln ist erforderlich. 12. Der Benutzung jedes Stammimpflings ist eine gründliche allgemeine und örtliche Untersuchung voranzuschicken. 13. Nur allein die aus vorschriftsmässig eröffneten normalen Vaccinen gesunder Stammimpflinge von selbst, freiwillig, allmählich, tropfenweise ausfliessende Lymphe ist zu benutzen. Leo.

---

**Ueber eine Art japanischer Akonitknollen, Kusa usu genannt, und über das in demselben vorkommende Akonitin** von **A. Langgaard, Japan**. (Virchows Archiv Bd. LXXIX. Heft 2. S. 229.)

Langgaard isolirte aus bestimmten Akonitknollen ein krystallinisches Akonitin, in Wasser wenig, leichter in Alkohol und Aether



löslich. Dieses Akonitin übertrifft alle bisher gekannten Sorten erheblich an Intensität der Wirkung. Es genügen, um ein Kaninchen zu tödten, 0,0001 gr. Die nächsten Erscheinungen nach subcutaner Injection sind Verlangsamung der Respirationsbewegungen, Auftreten höchster Dyspnoe, klonische Krämpfe, anfängliche Verlangsamung, darauf ausserordentliche Beschleunigung des Herzschlages, der dann wieder ein Aussetzen desselben folgt, bis das Thier an Herzparalyse zu Grunde geht. Das Akonitin übt einen sehr starken örtlichen Reiz auf die Haut aus, dem lokale Anästhesie nachfolgt. Es dürfte daher bei Neuralgien zu versuchen sein. Ribbert.

---

**Traitement du prolapsus rectal par les injections hypodermiques d'ergotine** par Dr. **E. Vidal.** (Behandlung des Mastdarmvorfalls durch subcutane Ergotininjectionen.) (Gazette hébdomad. 19 Fevr. 1880 p. 107.)

In drei Fällen hat Vidal durch das genannte Verfahren Heilung erzielt, nachdem die üblichen Methoden sich wirkungslos gezeigt. Alle zwei bis drei Tage werden 15 Tropfen einer Lösung 1 : 6 injicirt. Man sticht die Nadel etwa 5 mm vom Anusrande in der Richtung gegen den Sphincter ein. Nach der Injection tritt fast immer Tenesmus der Blase und des Mastdarms ein. 6—12 Injectionen genügen zur dauernden Heilung. N. Zuntz.

---

**Superarbitrium der Kgl. wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen betreffend die Befreiung eines Weges von den daselbst aufgefahrenen Schwefelkies-Rückständen.** Erster Referent: **Eulenberg.** (Eulenberg's Vierteljahrsschrift 32. Bd. 1. Heft p. 79—97.)

Aus einer chemischen Fabrik, welche aus Schwefelkies Schwefelsäure producirte, wurden die schwefel- und zinkhaltigen Rückstände des Schwefelkieses fast 20 Jahre lang zur Aufschüttung eines Landweges benutzt und dadurch die umliegenden Brunnen mit schwefelsaurem Zink vergiftet. Auf geschehene Beschwerde der Anwohner wurde die betr. Stadtgemeinde von der Regierung beauftragt, die gesammte Aufschüttung abzutragen. Nach differirenden Begutachtungen durch Sachverständige entschied die wissenschaftliche Deputation (nachdem selbstverständlich die Aufschüttung längst aufgehört hatte), dass die in Folge vieljähriger Infection des Bodens verunreinigten Brunnen nach Entfernung der ersten Ursache in absehbarer Zeit doch nicht von den schädlichen Stoffen befreit werden würden und schloss sich dem Vorschlage eines Sachverständigen an, dass ein bis auf die Tiefe reinen Quellwassers gehender wasserdicht cementirter Brunnen zur Benutzung der Anwohner gegraben und durch Aufschüttung von Steinkohlenasche auf den Schwefelkies, sowie durch Wegleitung der Tageswässer in den nahe gelegenen Fluss das Eindringen derselben in den Untergrund und damit die fernere Inficirung der Brunnen verhütet werden solle. Leo.

---



**Ueber die Trepanation des processus mastoideus bei lebensgefährlichen Ohrflüssen** von **Prof. Zaufel.** (Vortrag im Verein deutscher Aerzte in Prag. Allg. Wiener mediz. Zeitung. 1880. No. 2.)

Prof. Zaufel betont die Wichtigkeit des Antrum mastoideum bei der Otitis media suppurativa, weil in ihm Ansammlungen von Eiter, tuberculösen Massen und Cholesteatomen stattfinden können und durch Fortleitung auf das Gehirn Meningitis, Sinus-Phlebitis, Pyaemie und Gehirn-Abscess erzeugen können. Indication zur Trepanation besteht, sobald Fistelgänge aussen oder in der hinteren oberen knöchernen Gehörswand auf Caries im Zitzenfortsatze hinweisen, dieselbe ist auch dann vorzunehmen, wenn noch keine gefahrdrohenden Gehirn-Symptome (Erbrechen, Schwindel, Nystagmus etc.) vorhanden sind. Bartold.

---

**Pathology and Treatment of Night-Sweating in Phthisis** by **Lauder Brunton.** (Ref. in Lond. Med. Rec. Feb. 1880. S. 48.) Pathologie und Behandlung der nächtlichen Schweisse bei Phthise. (Ref. bezieht sich auf St. Bartholomew's Hosp. Rep. IX. 1879.)

Nach B. hängen diese Schweisse und die begleitende Schwäche von der Ansammlung der Kohlensäure und der Producte des Gewebe-Umsatzes im Blute ab. Durch Reflexreizung von der Lunge aus und durch häufiges Husten wird das respiratorische Centrum so ermüdet, dass es auf den Kohlensäure-Reiz nicht mehr prompt antwortet. Hierdurch wird das Blut mehr minder venös, was einen unvollständigen Stoffwechsel der Gewebe mit Schwächung der Nerven und Muskeln bedingt. Der Einfluss einer Kohlensäure-Anhäufung im Blute auf die Schweisssekretion ist nicht nur experimentell erwiesen, auch die Schweisstropfen Sterbender deuten darauf hin. Von diesem Gesichtspunkte ausgehend, versuchte B. das Strychnin um die Erregbarkeit des Athmungscentrums zu erhöhen. Er theilt 4 Fälle mit, in denen eine abendliche Dosis (5—25 Tropfen) der Tinc. nuc. vom. (Ph. Br. 1 : 10) die Schweisse zum Verschwinden brachte. Wird diese Erhöhung der Erregbarkeit von einer Zunahme des Hustens begleitet, so gibt man Opium mit. Wo Strychnin nicht zu passen scheint, empfiehlt B. Atropin, dessen günstige Wirkung in der Reizung des respiratorischen Centrums, im Einfluss auf die peripherischen Endigungen der Schweissnerven, und in der Erregbarkeit der sensiblen Nerven der Lunge zu suchen ist. Die Wirkung des Hyocyamus ist auf ähnliche Weise zu erklären. Den schweisshemmenden Einfluss des Dover'schen Pulvers erklärt B. aus der Verminderung des Hustens durch das Opium und der Erregung des Athmungscentrums durch die Ipecacuanha. Werden die Schweisse durch das Fieber bedingt, so ist Chinin am Platze. B. hält Atropin für das wirksamste Mittel, nur ist die Wirkung auf die Speicheldrüsen eine unangenehme Zugabe, in zweiter Reihe steht das Dover'sche Pulver, wofür bei Beeinträchtigung der Verdauung man Strychnin zu setzen hat. Letzteres ist besonders da indicirt, wo der Husten nicht sehr quälend ist und allgemeine Schwäche mit Störung des Kreislaufs und der Verdauung hervortritt. Warren.

---



**Des indications de la digitale** (Von der Indikation der Digitalis). Hopital Necker **M. Potain.** (Gazette des hopitaux, N. 3 et N. 8, le 8. et le 20. Janvier 1880.)

Nachdem Potain in einer früheren Vorlesung die physiologische Wirkung der Digitalis besprochen und gezeigt hat, dass dieselbe nicht nur die kontraktile Kraft des Herzens vermehrt, sondern auch eine stärkere Zusammenziehung und Tonicität der Capillaren bewirkt, findet er die Indikationen und Contraindikationen derselben im Allgemeinen abhängig a) von dem Zustande der Orificien des Herzens, b) von dem der Herzmuskulatur, c) von dem Allgemeinzustand des Kranken. Von den Erkrankungen des Herzens mit Affektionen der Orificien ist die Digitalis indicirt bei Insufficienz der Mitralklappen. Durch Vermehrung der Spannung des kapillären Kreislaufs wird der periphere Kreislauf regulirt, die venöse Stase vermindert; auf der anderen Seite wird die Energie der Systole des Ventrikels gesteigert, das Zustandekommen der Dilatation verhindert. — Bei der Stenose der Mitralis ist das Herz für eine kleinere Arbeit geregelt; die Kraft seiner Contraktionen zu steigern, wäre verlorene Mühe. Erst wenn Arythmie eintritt und Stauungserscheinungen sich entwickeln, kann die Digitalis von günstigem Einfluss sein. — Bei der Insufficienz der Tricuspidalis ist die Digitalis weit weniger indicirt als bei derjenigen der Mitralis; sie entwickelt sich erst spät und sekundär, der Herzmuskel ist afficirt und reagirt nicht mehr auf den Reiz der Digitalis; dieselbe könnte sogar schädlich wirken bei dieser „providentiellen" Insufficienz. Bei einem Kranken schwand nach Verabreichung der Digitalis schon am folgenden Tage die übermässige Ausdehnung des rechten Ventrikels, zugleich aber bewirkte das Steigen des Drucks in demselben blutigen Auswurf. Bei den Aortaklappenfehlern genügt meist für lange Zeit die Hypertrophie zur Compensation. Bei der Stenose gleicht das Herz wieder einem Apparat, der für kleinere Arbeit eingestellt ist. Bei der Insufficienz ist die Anwendung der Digitalis zu verwerfen, weil sie die ungünstige Periode der Diastole noch verlängert, die Systole dagegen durch Abflachung des Aortenbogens brüsker macht. Wenn später die Compensation durch Degeneration und Ueberarbeitung gestört wird, erweist die Digitalis sich gegen die Unregelmässigkeit der Herzaktion nützlich. In den mit peripherer Anämie einhergehenden Fällen von Insufficienz ist das Mittel auch desshalb unzweckmässig, weil es durch Vermehrung des Tonus der Capillaren die Anämie noch steigert. Bei den Herzkrankheiten ohne Affection der Klappen ergaben sich die Indikationen a) aus dem Zustand des Herzmuskels und b) aus den Ursachen der Krankheit. Ad a) kann die Digitalis nur dann von Nutzen sein, wenn das Herz im Stande ist, auf dieselbe zu reagiren; Degenerationen des Herzfleisches machen dies unmöglich. Ad b) findet die Digitalis keine Indikation in den Fällen von Herzpalpitationen der Hysterischen, der Hypochonder etc., wo der normale Herzstoss schmerzhaft empfunden wird. — Meist von geringer Wirkung ist dieselbe bei Palpitationen durch nervöse Arythmie, verursacht durch Nikotin, Kaffee, Thee oder durch Magen- und Uterinleiden. — Bei der durch Atherom und Aneurysma verursachten Hypertrophie ist die Digitalis häufig indicirt; wenn sie den arteriellen Druck erhöht, so regulirt sie ihn auch;

sie vermindert die gefährlichen Oscillationen des Blutstroms und begünstigt das Zustandekommen von Gerinnseln in dem Aneurysmasack. — Herzhypertrophie bei Morb. Brightii benöthigt nicht die Anwendung der Digitalis; die arterielle Spannung, sowie die Diurese sind excessiv. Erst wenn das Herz schwach wird und Anasarka eintritt, kann die Digitalis von Nutzen sein. — Bei einfachen Dilatationen des Herzens nach Ermüdung und Ueberanstrengung kann die Digitalis die Wiederkehr der Tonicität befördern; sie wird unwirksam sein bei Dilatation nach Pericarditis, weil hier der Herzmuskel entartet ist. Bei den Dilatationen durch Lungenkrankheiten macht das Fortbestehen des Hindernisses, besonders bei den meist alten Patienten, die Digitalis unwirksam. Man kann also sagen, dass die Digitalis indicirt ist, wenn das Contraktionsvermögen des Herzens ungenügend, dasselbe aber im Stande ist, auf den Reiz der Digitalis zu reagiren. Die Arythmie ist die einzige wirkliche Indikation der Digitalis. Störungen der Magen- und Nierenfunktionen und grosse Empfindlichkeit des Nervensystems geben Contraindikationen ab. E. Bardenhewer.

## Neue Bücher.

F. Bouffé, Recherches cliniques sur la diphtérie et son traitement en particulier. Paris, Berthier. 3 frs. 50 ctms.
Charité-Annalen, 5. Jahrgang. Berlin, Hirschwald. 20 M.
Cockle, J., Contributions to Cardiac Pathology. London, Baillière. 2 sh. 6 d.
Cooley's Cyclopaedia of practical receipts 6. ed. revised by R. V. Tuson. London, Churchill. 42 sh.
Cripps, W. H., Cancer of the rectum: Its pathology, diagnosis and treatment. Including a portion of the Jacksonian Prize Essay for 1876. London, Churchill. 6 sh.
Dieulafoy, Manuel de pathologie interne I. Paris, G. Masson. 6 frs.
Dowse, Syphilis of the brain and spinal cord. New-York. 15 sh.
Foussagrives, J. B., Thérapeutique de la phthisie pulmonaire. 2. edition. Paris, Baillière. 9 frs.
Kaposi, M., Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten. 2. Hälfte. Wien, Urban & Schwarzenberg. 9 M.
Kent, J. T., Sexual Neurosis. St. Louis. 9 sh.
Lombard, J. S., Experimental researches on the reginal temperature of the head &c. London, Lewis. 8 sh.
Nussbaum, J. N., Ueber Enterotomie, Gastrotomie u. Leberdrainage. 40 Pf.
Osborn, Samuel, Notes on diseases of the testis. London, Churchill. 3 sh. 6 d.
Ringer, S., Handbook of Therapeutics. 8. ed. London, Lewis. 15 sh.
Schmidt, B, Das chirurgisch-poliklinische Institut an der Universität Leipzig seit seiner Gründung am 1. März 1830. Leipzig, Rossberg'sche Buchhandlung. 2 M.
Schroeder, K., Lehrbuch d. Geburtshülfe, mit Einschluss d. Pathologie d. Schwangerschaft u. d. Wochenbettes. Sechste umgearbeitete Aufl. Mit 118 Holzschnitten. Bonn, Max Cohen & Sohn. 15 M.
Viard, J. S., De l'épilepsie d'origine syphilitique. Paris, Berthier. 3 frs. 50 ctms.
Wheeler, C. G., Medical Chemistry. 2. ed. revised. Chicago. 18 sh.
Worthington, De l'obésité. Paris, Berthier. 7 frs. 50 ctms.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.



Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen nebst Titel und Register.

# Centralblatt

für

# KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigirt von

**Dr. H. Rühle,** Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

**Dr. D. Finkler,** Privatdocent und Assistent an der medicin. Klinik in Bonn.

**1880.** **20. März.** **Nro. 4.**

**Inhalt: Ungar**, Zur Kenntniss des Bronchial-Asthma. — **Referate: Huber**, Ueber Fleischvergiftungen mit specieller Berücksichtigung der „Typhusepidemie" von Kloten. — **Schultze**, Zur Symptomatologie und pathologischen Anatomie der tuberculösen und entzündlichen Erkrankungen und der Tubercel des cerebrospinalen Nervensystems. — **Toeplitz**, Zur Pathologie des Keuchhustens. — **Lochner**, Trichinosis trotz gekochten Fleisches. — **Riedinger**, Ueber das Auftreten von Scharlach bei Operirten und Verwundeten. — **Hardy**, Monoplégie brachiale chez une femme tuberculeuse. A l'autopsie, tubercule, cérébral du volume d'une noisette, occupant la partie postérieure de la capsule interne, du côté opposé au membre paralysé. — **Becker**, Der spontane Netzhautarterienpuls bei Morbus Basedowii. — **Fränkel**, Ueber zwei durch totalen Verschluss der linken Carotis complicirte Aneurysmen des Aortenbogens. — **Ormerod**, Case of bilateral paralysis of the muscles supplied by the recurrent laryngeal nerve. — **Struve**, Beitrag zur gerichtlich-chemischen Untersuchung von blutverdächtigen Flecken. — **Friedberg**, Ueber ein neues Zeichen des Erwürgungsversuches. — **Albrecht**, Spontan gelöstes und ausgestossenes Lipom des Darmkanals. — **Boegehold**, Ein Fall von Ichthyosis cornea. — De l'Aconitine dans les Névralgies. — Vergiftung durch salicylsaures Natron. — **Neftel**, Ueber die galvanische Behandlung der Cataracta incipiens. — **Kobner**, Zur Casuistik des Transfert. — **Arango**, Corps étrangers du larynx et dans les bronches. — **Bontemps**, Traitement des maladies de poitrine par les Capsules d'Huile de Gabian.

## Zur Kenntniss des Bronchial-Asthma.

Von **Dr. E. Ungar,**
Assistenzarzt der med. Poliklinik zu Bonn.

Unter gleichem Titel veröffentlichte Leyden im Jahre 1872 in Virchow's Archiv Bd. 54 die interessante Thatsache, dass er bei der Untersuchung der Sputa von sieben an Asthma bronchiale Leidenden in sechs der Fälle jene zuerst von Charcot und Robin in einer leukämischen Milz beobachteten eigenthümlichen Krystalle angetroffen habe. In dem einen Falle, in dem die Nachforschung nach jenen Krystallen vergebens gewesen sei, habe er nur Gelegenheit gehabt den Auswurf aus der Remissionszeit zu untersuchen, zu welcher Periode auch in den übrigen Fällen die Krystalle nicht stets vorhanden gewesen seien. Das krystallhaltige Sputum beschreibt Leyden folgendermaassen: Das Sputum, im Anfall spärlich, reichlicher nach demselben, zeigt in durchscheinender, fast glasiger Grundmasse eine grosse Anzahl feiner Flocken, Fäden und Pfröpfe. Unter den letzteren zeichnen sich einige dadurch

aus, dass sie glatte, rundliche Pfröpfe oder fadenförmige Würstchen von derber, trockener Consistenz und hellgrünlicher Farbe bilden. Dieselben zerdrücken sich unter dem Deckglas schwer zu einer krümlich trockenen mattglänzenden Masse und erscheinen als ein dicht zusammengehäuftes Convolut von bräunlichen, körnig zerfallenden Zellen, zwischen denen mehr oder minder reichlich die fraglichen Krystalle abgelagert sind, farblose, mattglänzende langgestreckte Octaëder von verschiedener Grösse, einige so gross, dass sie sofort in die Augen fallen, andere erst bei stärkster Vergrösserung durch Immersion erkennbar. Ausser den Krystallpfröpfen finden sich viele weichere in dem Sputum, welche aus zusammengeklebten Eiterzellen, Lungen- und Cylinder- resp. Flimmer-Epithelien bestehen. Die grossen Zellen zeigen theils myelinartigen Zerfall, theils erscheinen sie als Haufen von gelbbraunen körnig pigmentirten Zellen.



Obgleich Leyden den Auswurf der verschiedensten Lungenaffektionen untersuchte, fand er diese Krystalle in keiner anderen Krankheit. Von früheren Autoren hatten sie Charcot und Robin im Auswurf in einem Falle von Catarrhe sec gesehen, Friedreich in einem Falle von croupöser Bronchitis mit asthmatischen Beschwerden, Foerster im Auswurf eines an schnell vorübergehender Bronchitis leidenden Mannes, Harting bei chronischer Bronchitis gefunden. Doch meint Leyden, bei der Unsicherheit, welche über dem Begriff des Asthma bronchiale walte, dürfte es durchaus nicht unwahrscheinlich sein, dass der schnell vorübergehende Bronchial-Catarrh bei Foerster und der Catarrhe von Robin und Charcot einem Anfall von Bronchialasthma entsprechen; in Friedreich's Falle seien neben dem Bronchialcroup asthmatische Symptome vorhanden gewesen. Er spricht daher die Ansicht aus, dass jene Krystalle zu dem Bronchial-Asthma in specieller Beziehung ständen und stellt die Hypothese auf, dass die feinen spitzen Krystalle, welche sich in den Pfröpfen bildeten, im Stande seien, die Schleimhaut der Alveolen und der kleinen Bronchien resp. Nervenendigungen des Vagus in denselben zu reizen und so die paroxysmenweise auftretenden Erscheinungen zu bewirken.

Hat nun auch die Literatur des Asthma bronchiale seit jener Veröffentlichung Leydens einen namentlich in casuistischer Hinsicht nicht unbeträchtlichen Zuwachs erfahren, so findet sich doch, so viel ich eruiren konnte, der Nachweis jener Krystalle im Auswurf eines Asthmatikers nur noch einmal erwähnt. Es geschieht dies in einer kleinen, unter dem Titel: „Krystalle von oxalsaurem Kalk neben den Leyden'schen Krystallen im Sputum eines an Bronchialasthma Leidenden" von mir im Archiv für klin. Med. B. XXI. Hft. 4 gemachten Mittheilung. In einem die Charcot'schen Krystalle besprechenden Aufsatze macht zwar Zenker die Mittheilung von drei weiteren Fällen von krystallhaltigen fibrinösen Bronchialgerinseln, betont aber für zwei dieser, von Merkel beobachteten Fälle ausdrücklich das Fehlen jeder Spur von asthmatischen Beschwerden. Auch habe er, Zenker, selbst bei Gelegenheit eines chronischen Bronchialcatarrhs einen kleinen, fest zusammengeballten zähen bräunlichen Klumpen ausgehustet, in dem sich jene Krystalle an mehreren Stellen in grosser Zahl zusammengehäuft vorfanden; während er sonst zuweilen an einem Zustand leide, den man



als leichtes Bronchial-Asthma bezeichnen könne, sei zur Zeit der Expectoration jenes „Krystallpfropfes“ ein solcher asthmatischer Anfall nicht vorhanden gewesen und auch nicht kurz vorausgegangen. Zenker zieht aus diesen Fällen den Schluss, dass das Vorhandensein der Krystalle in den Sputis nicht nothwendig asthmatische Beschwerden im Gefolge habe. Er spricht dann seine Meinung dahin aus, dass, wenn auch die von Leyden beobachtete Thatsache ausserordentlich frappant sei, doch die Zahl der Leyden'schen Fälle noch zu gering sei, um allgemein gültige Schlüsse zuzulassen.

Seit $2^1/_2$ Jahren habe ich nun dem Asthma bronchiale und speciell der Untersuchung der Sputa bei Asthma bronchiale eine besondere Aufmerksamkeit gewidmet und möchte in Nachstehendem kurz über das Resultat der Sputa-Untersuchungen referiren, detaillirte Beschreibung der einzelnen Fälle und eingehendere Besprechung der gemachten Beobachtungen einer ausführlicheren Mittheilung vorbehaltend.

Im Ganzen hatte ich Gelegenheit das Sputum von 23 an Asthma bronchiale Leidenden zu untersuchen. Vier dieser Patienten fanden Aufnahme in die medicinische Klinik und waren so einer regelmässigen Beobachtung zugänglich. Acht Patienten waren in Bonn ansässig und war dadurch die Möglichkeit geboten, den Verlauf ihres Leidens zu überwachen und häufigere Untersuchungen des Sputums sowohl während des Anfalls, als auch in der Intermissionszeit vorzunehmen; von diesen Patienten lieferte mir besonders ein Cand. med. durch genaue Selbstbeobachtung einen werthvollen Beitrag. Von zehn auswärtigen Patienten erschienen sechs wiederholt zur poliklinischen Sprechstunde, während sich vier auswärtige Patienten nur einmal vorstellten. Mehrere der Auswärtigen übersendeten auch wiederholt den Auswurf nebst Bericht über den Verlauf des Leidens. Recht dankenswerthe Aufschlüsse verdanke ich ferner der Güte eines an Asthma bronchiale leidenden, früher in Bonn domicilirenden Collegen. —

Von diesen 23 Patienten waren nur 4 weiblichen Geschlechts: zwei Mädchen im Alter von 15 und 17 Jahren und zwei Frauen von 40 resp. 48 Jahren. Unter den Patienten männlichen Geschlechts befanden sich 3 Knaben im Alter von 7—11 Jahren; ein Patient war 19 Jahre alt; 7 Patienten gehörten der Altersklasse 20—30, 4 der Altersklasse 31—40 und weitere 4 der Altersklasse 41—50 Jahre an.

Eine Patientin, die 48jährige Frau, litt ausser an charakteristischen asthmatischen Anfällen an chronischem Bronchialcatarrh. Bei den übrigen Patienten berechtigte Nichts zu der Annahme, dass neben dem Asthma bronchiale eine Erkrankung des Respirations- oder Circulations-Apparates bestände.

Ausser den von Asthma bronchiale stammenden Sputa habe ich vielfach die bei anderweitigen Affektionen producirten Sputa untersucht. Während ich nun in sämmtlichen 23 Fällen von Asthma bronchiale die betreffenden Krystalle im Sputum auffinden konnte, obschon mir von einigen Patienten nur das spärliche Ergebniss einer einmaligen Expectoration zu Gebote stand, habe ich die Krystalle nur zweimal in anderweitigem Sputum gesehen. In einem dieser Fälle handelte es sich um das Sputum eines 49jährigen Ackerers, bei dem ich in einer sehr besuchten poliklinischen



Sprechstunde die Diagnose Catarrhus bronchialis chronic. stellte und bei der später vorgenommenen Untersuchung des Sputums, nachdem Patient sich entfernt hatte und ein genaueres Nachforschen nach einem etwa vorhergegangenen asthmatischen Anfall nicht mehr möglich war, die Krystalle fand. Ein anderes Mal sah ich kleine Krystalle in einem mikroskopischen Präparate, welches ein College aus einem von ihm ohne besondere Erkrankung expectorirten Klümpchen Sputum angefertigt hatte. In den zahlreichen Fällen, in welchen ich das Sputum von Patienten untersuchte, welche an heftigen, nicht auf Asthma bronchiale zurückzuführenden, dyspnoëtischen Beschwerden litten, gelang es mir niemals die Krystalle zu finden. Von Bronchitis crouposa herrührende Gerinnsel zu untersuchen hatte ich keine Gelegenheit.

In Betreff des Auftretens und der Beschaffenheit des krystallhaltigen Sputums bei Asthma bronchiale kann ich mich im Allgemeinen der von Leyden gegebenen Beschreibung anschliessen. Besonders hervorheben resp. hinzufügen möchte ich Folgendes:

Die Krystalle finden sich weniger häufig in scharf begrenzten charakteristischen Pfröpfen, als in unregelmässig gestalteten Flocken der verschiedensten Grösse, doch zeichnen sich die krystallführenden Partikelchen stets durch ihre grüngelbe Farbe und derbere Consistenz vor den übrigen flockigen Beimischungen der transparenten Grundsubstanz des Sputums aus.

In ihrer makroscopischen und mikroscopischen Beschaffenheit den krystallhaltigen charakteristischen Pfröpfen durchaus ähnliche Partikelchen erweisen sich zuweilen bei genauester Durchmusterung als nicht krystallhaltig. Zweimal gelang es (unter einer grösseren Anzahl vergeblicher Versuche) in einem, einem nicht krystallhaltigen Pfropfe entnommenen, mikroscopischen Präparate nach zwei- resp. dreitägiger Aufbewahrung in feuchter Kammer eine nachträgliche Ausscheidung von Krystallen zu erzielen. Aehnliche Versuche mit den übrigen flockigen Bestandtheilen des Auswurfs oder mit von anderen Erkrankungen herstammenden Sputis blieben erfolglos.

Im Centrum der Pfröpfe resp. der Flocken, wo die Contouren der Zellen nicht ganz verwischt sind und der Zelleninhalt eine zusammengeflossene körnige Masse bildet, liegen die Krystalle in der Regel am zahlreichsten. Ihr Ueberwiegen an der Peripherie ist nur ein scheinbares, wovon man sich leicht durch Ausübung eines stärkeren Druckes auf das Deckglas überzeugt; indem hierdurch das ganze Präparat in eine gleichmässig dünne Schicht vertheilt wird, oder Lücken in der mittleren confluirenden Masse entstehen, werden in der Mitte des Präparates zahlreiche Krystalle sichtbar, welche wegen der geringeren Durchsichtigkeit dieser Stelle, vorher verborgen blieben.

Die Grösse der Krystalle scheint in einem gewissen Verhältnisse zu stehen mit der Länge der Zeit, welche vom Beginn des asthmatischen Anfalls bis zur Expectoration verflossen ist. Gelingt es überhaupt im Anfang des Anfalles krystallhaltiges Sputum zu erlangen, so erscheinen die Krystalle zierlich und klein; hat hingegen der Anfall schon einige Tage angedauert, oder stammt das Sputum aus der Intermissionszeit, so sieht man neben den kleineren zahlreiche grössere und sehr grosse Krystalle. Die im späteren Verlauf des Anfalls, oder nach



dem Anfall expektorirten Krystalle erscheinen ferner vielfach in defektem Zustand.

Es sei an dieser Stelle eines interessanten Befundes erwähnt: In einer winzigen Menge Sputum, welches ein Patient, ohne dass längere Zeit ein Anfall vorhergegangen wäre, während eines nur einige Stunden andauernden Gefühls von Beengung, dem jedoch nicht wie gewöhnlich ein asthmatischer Anfall folgte, entleerte, fanden sich zwischen körnig zerfallenden Zellen und mannigfach gestalteten „Myelin“-Tropfen kleinste eben noch bei einer 480fachen Vergrösserung sichtbare Krystalle.

Der Gehalt des Sputums an krystallhaltiger Substanz scheint bei verschiedenen Patienten ein verschiedener zu sein; während bei einigen Patienten das Sputum dicht mit krystallhaltiger Substanz durchsetzt ist, gelingt es bei anderen stets nur mit einiger Mühe Krystalle aufzufinden. Weder bei Vergleichung der Anfälle verschiedener Personen, noch bei Berücksichtigung der Anfälle ein und derselben Person ergibt sich ein Zusammenhang zwischen der Heftigkeit der Anfälle und der Menge der expektorirten krystallhaltigen Substanz, sei es nun, dass man die Menge derselben in einer gewissen Quantität Sputum oder in der Gesammtmasse des Auswurfs in Betracht zieht.

Abgesehen von den, wie oben erwähnt, bei einem Patienten nachgewiesenen Krystallen von kohlensaurem Kalk, zeigten sich neben den Charcot'schen Krystallen niemals andere Krystallformen. Namentlich war auch beim Eintrocknen des Sputums niemals ein Auskrystallisiren von Tyrosin, sei es in Büschel oder in Drusen, zu constatiren.

Durch die Sputa-Untersuchungen, deren Resultat ich in Vorhergehendem mittheilte, hat der von Leyden aufgestellte Satz, dass die Charcot'schen Krystalle zu dem Asthma bronchiale in specieller Beziehung stünden, eine neue Stütze erhalten. Inwiefern sich meine Beobachtungen für und gegen die Hypothese von der aetiologischen Bedeutung der Krystalle verwerthen lassen, sei einer eingehenderen Erörterung aufgespart.

---

**Dr. K. Huber, Ueber Fleischvergiftungen mit specieller Berücksichtigung der „Typhusepidemie“ von Kloten.** (D. Arch. f. klin. Med. Bd. XXV Heft 2 u. 3 p. 220.)

Als Fleischvergiftungen bezeichnet Huber eine Gruppe von Krankheiten, die zu den Infectionskrankheiten gehören, die dadurch aber ausgezeichnet sind: 1) dass die Infection beim Menschen nur durch Aufnahme thierischer Stoffe — Fleisch — erfolgt, 2) dass sie in Folge dieser Art der Uebertragung als Massenerkrankungen plötzlich auftreten. Das inficirende Krankheitsgift ist specifischer Art (ähnlich wie Pocken etc.), hat aber mit dem anderer Krankheiten speciell dem der Pocken nichts gemein. Klinisch characteristisch ist für die Fleischvergiftung: Incubationsstadium verschieden lang (wenige Stunden bis 6—8 Tage) mit hochgradiger Mattigkeit, häufiges Frösteln. Daran schliessen sich, gewöhnlich nicht später als in drei Tagen als Symptome 1) vom Darmtractus aus: Erbrechen, heftige Diarrhöeen, dann Stuhlverstopfung. Stuhl oft von fötidem Geruch. Schmerzen im Unterleib. 2) vom Nervensystem: Zeichen des Reizzustandes, Aufgeregtsein, Schlaflosigkeit, Delirien. 3) Exantheme, theils als Roseo-



lae etc., theils als diffuse Entzündung (Phlegmone, Erysipel) in der verschiedensten Ausdehnung. Dieselben ziehen die Körperlymphdrüsen in Mitleidenschaft. 4) Fieber verschiedener Intensität. In wenigen Stunden nach dem Beginn 40—41° C. ohne oder mit selbst hochgradigen Remissionen. Bei länger dauernder Form erinnert es an abdom. Typhus. Manchmal bedingt es Collapse. Daneben Krämpfe (Wadenkr.), Brustbeklemmung, Herzpalpitationen. Langdauernde Reconvalescenz mit Neigung zu Recidiven. Alle diese Symptome verbinden sich entweder in kurzer Folge in einer Dauer von wenigen Tagen (erinnert dann an Cholera) oder bilden eine länger dauernde, dann meist schwerere Form. Sitz krankhafter Veränderungen ist vor allem der Darmtractus, Magen, unteres Ileum, Coecum, auch Colon. Characteristisch für die hier localisirten Veränderungen ist zuerst der hämorrhagische Character und zweitens die weite Verbreitung über den ganzen Darm. Auch die dazu gehörenden lymphatischen Apparate enthalten Schwellung, markige Infiltration, haben Neigung zu Hämorrhagieen. Schwellung der Milz, trübe Schwellung der Leber und Nieren, kleine Abscesse an verschiedenen Körperstellen sind häufig. Als Complicationen treten auf: lobuläre Pneumonie und eitrige Entzündung seröser Häute. Auf Grund dessen trennt H. die Erkrankung von den Typhusformen, findet mehr Uebereinstimmung mit einer Classe infectiöser Krankheiten, zu welcher Milzbrand, intestinaler Mykose, Septhämie und Pyämie gehören. Zu solchen Fleischvergiftungen rechnet H. die Andelfinger Epidemie, eine solche in Wurzen und in Werdau. Endlich ist die vorigjährige sog. „Typhusepidemie“ in Kloten hierher zu stellen, obgleich Huguenin und Walder die Erkrankungen für Typhus abdominalis erklärten. Wenn gen. Autoren zunächst ihre Diagnose auf den anatomischen Befund im Darme stützen, so widerlegt H. diese damit, dass er als beweisend gegen Typhus anführt die hämorrhagischen Processe, welche in den Sectionsberichten eine grosse Rolle spielen, und die in weiter Ausdehnung im Darme vorgefundenen Veränderungen, die nicht auf solche für Typhus characteristische Stellen beschränkt sind, dass weiter die Schorfbildung nicht für den „typhösen“ Character eines Geschwüres herangezogen werden kann, da auch tuberculöse Geschwüre sich mit sogenannten „Typhusschorfen“ bedecken können. Was zweitens nach Walder's Angabe durch Infection von Menschen aus auf Thiere (Kalb) übertragen, bei diesen als Krankheit auftrat, hält Huber nicht für Typhus, der bei Thieren nicht bekannt ist, sondern für hämorrhagische Enteritis. Drittens ist aus Walder's Angaben über den klinischen Krankheitsverlauf die Nothwendigkeit zur Diagnose des Typhus abdom. nicht zu finden, und zwar sind es folgende Punkte, welche verbieten, die Krankheit für Typhus abdominalis zu halten: „Die Quelle der Infection war ein einige Tage altes Kalb“, „Incubationsperiode — beim Menschen — in einem kleinen Theil der Fälle gar nicht vorhanden, gewöhnlich einige Stunden bis höchstens acht Tage betragend“, „Beginn der Erkrankung selbst mit Erbrechen“, Stuhlverstopfung oder Diarrhöeen. Dann ausgeprägte Erscheinungen von Seiten des Nervensystems, Kopfschmerz, Lichtscheu, Genickschmerz und Steifigkeit im Nacken, Delirien oft furibund. In der zweiten Woche Darmblutungen. Roseolae manchmal ungewöhnlich



verbreitet, papulöse Exantheme, tâches bleuâtres. Aeusserliche Lymphdrüsen geschwollen. Fieber erreichte die Acme oft schon nach zwei Tagen. In allen Punkten dagegen zeigt die Klotener Erkrankung Uebereinstimmung mit einer Classe der infectiösen Krankheiten, den „Fleischvergiftungen" und zwar ist sie der oben erwähnten längeren Form derselben angehörig. Zur Stütze dieser Ansicht erklärt Huber die in seiner Epidemie beobachteten Infectionen für directe Uebertragungen von Individuum zu Individuum — „im Gegensatz zu der bei Typhus gewöhnlich angenommenen indirecten". — Ausserdem sind in den darauffolgenden Jahren in jenen Orten nicht wieder „Typhusepidemieen" aufgetreten. Huber discutirt nun die Frage nach der Ursache der Fleischvergiftungen und Art des inficirenden Giftes. Putride Vergiftung durch in gewöhnlicher Fäulniss begriffenes Fleisch ist es nicht. Gegen solche spricht der eigenartige Krankheitsverlauf und die den putriden Infectionen ganz fremde enorme Ansteckungsfähigkeit. Gerade diese zwingt dazu, die Erkrankung zu den Zoonosen zu rechnen. Im Einklang mit dieser Annahme steht einmal, dass das schuldige Fleisch mit Abscessen durchsetzt war oder früh einen widerlichen Geruch und fad süssen Geschmack annahm, zweitens die gewöhnlichste Mittheilung, dass die betreffenden Thiere an Milzbrand gelitten hätten, weil Hämorrhagieen vorzugsweise im Darme stattgefunden, die lymphatischen Apparate erkrankt, blutige Suffusionen in und unter äusseren Bedeckungen, und Milzschwellung vorhanden waren. Weiter spricht für diesen Character der Erkrankung die Symptomengruppe bei den erkrankten Thieren (Unruhe, Darmerscheinungen, hohes atypisches Fieber, verschiedene Krankheitsdauer) und die Aetiologie (Anschluss der Erkrankung an Gravidität oder Puerperium). Die Entwicklung des Krankheitsgiftes ist nie erfolgt durch die Art der Zubereitung des Fleisches. Die Ansteckung war am intensivsten je weniger gekocht etc. das Fleisch war; gesundes Fleisch konnte durch Schüsseln und Geräthschaften vermittelt vom kranken verdorben werden. Von den auf den Menschen übertragbaren Zoonosen (Hundswuth, Rotz, Milzbrand) ist es der Milzbrand, der mit der Fleischvergiftung einige Aehnlichkeit zeigt, noch mehr aber die „intestinale Mykose". Diese beiden Erkrankungen sind aber nicht zu identificiren, sobald man für ausgemacht hält, dass auch bei andern Krankheiten als bei Milzbrand Bacillenformen vorkommen und sobald man absolute Specifität derselben für die intestinale Mykose in Frage stellt. Während die Fleischvergiftungen nicht als wirkliche Pyämie aufzufassen sind, weil Eiterungen zu wenig hervortreten, der Verlauf der Krankheit auch die Septhämie ausschliesst, „dürfen wir sie ohne Bedenken unter die .... intestinalen Mykosen einreihen, soweit wir darunter nicht ausschliesslich Milzbrand, sondern auch andere, mit diesem in gewisser Beziehung ähnliche, aber im Uebrigen eine an sich vollkommen abgeschlossene Stellung einnehmende Krankheit verstehen." Zum Schlusse wird noch die Möglichkeit erörtert, dass ein Abhängigkeitsverhältniss der herangezogenen Affectionen von bestimmten unter einander differenten Bacterienformen bestehe, vielleicht sogar die verschiedenen Fleischvergiftungen bestimmten Bacterienformen entsprechen. Finkler.

---

**Dr. Friedrich Schultze, Zur Symptomatologie und pathologischen Anatomie der tuberculösen und entzündlichen Erkrankungen und der Tubercel des cerebrospinalen Nervensystems.** (D. Arch. f. klin. Med. Bd. XXV. Hft. 2 u. 3. p. 297.)

Die tuberculöse Erkrankung der Rückenmarkshäute und ihre Consequenzen für das Rückenmark selbst, ist eine recht häufige Erscheinung; sie ist bei der Basilarmeningitis der Erwachsenen regelmässig vorhanden. S. beweist dies durch die genaue Untersuchung in 14 Fällen. Eine Beobachtung betrifft eine eitrige Meningitis. Caries des l. Felsenbeins — eitrige Basilarmeningitis — eitrige Infiltration der Arachnoidea und Pia des Rückenmarkes. Krankheitssymptome von Seiten des Rückenmarks waren ausser der Nackenstarre noch nicht eingetreten. Von den Berichten über tuberculöse Cerebrospinalmeningitis bietet einer aussergewöhnliches. Es fehlte die Nackenstarre, Fieber war nur sehr gering, in einem grossen Theil des Verlaufs bestand völlig normale Temperatur. Ausser epileptische Anfällen, Anfällen von Bewusstlosigkeit, Delirien, Schmerzhaftigkeit des Vorderkopfes beim Anklopfen, bestand mässige Hyperaesthesie der Unterextremitäten bei stärkerem Druck. Die Section ergab Leptomeningitis des Rückenmarks diffuser Art. Im Dorsalmark grosse Herde gequollener Axencylinder.

Als constante wesentlich pathologische Veränderungen am Rückenmark und seinen Häuten bei Basilarmeningitis findet S.:

1. besonders ergriffen die hinteren Hälften der spinalen Häute, vorzugsweise im Dorsaltheil. Bei intensiveren Erkrankungen Sitz in demselben Theile, aber Uebergang auf die vorderen Partieen der Rückenmarkshäute. Zugleich sind vorzugsweise die hintern Wurzeln in Exsudatmassen eingebettet.

2. Fast regelmässig betheiligt sich das Rückenmark selbst in Form seröser Durchtränkung und häufig einer Perimyelitis. In vielen Fällen Quellung der Axencylinder (im unteren Halstheil und Dorsaltheil) in erster Linie in den Seitensträngen, in zweiter Linie in den Hintersträngen. Seltener sind die Ganglienzellen ergriffen. Neuroglia ebenfalls aufgequollen. In verschiedenen Graden deutlich: zellige Infiltration der peripheren Abschnitte besonders in Seiten- und Hintersträngen. Nicht selten, besonders in Hintersträngen kleine multiple Blutextravasate.

3. Zellige Infiltration, Quellung und Körnung der Axencylinder in den Nervenwurzelbündeln (Wurzelneuritis).

S. weist darauf hin, dass durch diese Befunde die Theorie des Tetanus widerlegt wird, welche als Ursache desselben irritativ-entzündliche Prozesse im Rückenmark und in den Nervenwurzeln oder entzündliche Veränderungen in den Ganglienzellen annimmt.

In 2 Fällen bestanden Conglomerattubercel, einer bei allgemeiner Miliartuberculose im linken Seitenstrang des Dorsalmarkes von Erbsengrösse, die Substanz des Seitenstranges verdrängend. Nachweisbare Functionsstörung war nicht vorhanden. In einem anderen Falle 2 Tubercel im Gehirn (von Wallnuss- und Kirschkerngrösse) in der Markstrahlung des linken Vorderlappens. Rinde und Ganglien waren frei. Ausser heftigem Stirnkopfschmerz der linken Seite waren Symptome lokaler Art nicht vorhanden. **Finkler.**

---

**Teeplitz, Zur Pathologie des Keuchhustens.** (Breslauer ärztl. Zeitschrift. 1880. Nr. 3.)

Auch in Breslau ergab sich, dass nach Masernepidemieen die Frequenz des Keuchhustens erheblich steigt, 2mal gingen einer solchen Steigerung Masernepidemieen vorher, es lässt sich also zwischen beiden Epidemien ein Zusammenhang nicht verkennen. Die grösste Frequenz fiel stets auf die Sommermonate, was auch in Dresden, München und Basel beobachtet worden ist. Die ersten beiden Lebensjahre lieferten die meisten Fälle und die grösste Sterblichkeit. Die grössere Hälfte aller Todesfälle war durch Complication mit katarrhalischer Pneumonie bedingt. Die Therapie war vielfach eine locale. Es wurden mit dem Störck'schen Insufflator mit Gummiballon Einblasungen von Natron salicyl, Natron bicarbon., Acid. salicyl. purum und Inhalationen mit 4 %tiger Carbolsäurelösung (30—40 gr in jeder Sitzung) gemacht. Die Wirkungen waren mit wenigen Ausnahmen „äusserst schlagende". Von 44 Fällen mit Natr. salicyl. wurden 19 geheilt, 19 gebessert, die alle zu den schweren Formen gehörten. Von 24 Fällen mit Acid. salicyl. pur. wurden 18 geheilt, 5 gebessert. Unangenehme Ereignisse, wie Erstickungsanfälle wurden bei mehren tausend Einblasungen nicht beobachtet. Anfangs erschreckten zwar die nach der Einblasung eintretenden heftigen Hustenanfälle, der schnelle Abfall derselben aber in Zahl und Heftigkeit söhnte bald mit der Behandlungsmethode aus, und fordert zu weiterer Verbreitung derselben auf. R.

---

**Lochner, Trichinosis trotz gekochten Fleisches.** (Wien. Med. Blätter, 11. März 1880. S. 268.

Im Febr. behandelte L. eine Frau, die das klinische Bild der Trichinosis darbot. „Die Frau sagte, sie esse zwar viel Schweinefleisch, das sie immer vom selben Metzger beziehe, aber nie geniesse sie dasselbe roh oder halb gekocht, sondern immer stark gekocht oder gebraten", übrigens käme nie mehr als ½ Pfd. zur Verwendung. „Aus dem Haushaltungsbuch war ersichtlich, dass die Kranke vor 10 Tagen ein Stückchen sog. Extrawurst — einen Tag geräuchert — und dann gesotten — gekauft hatte". Mittelst der Harpune wurde die Diagnose bestätigt. Bald darauf kam ein Dienstmädchen in Behandlung, die ein ähnliches Stück Wurst (von demselben Metzger) genossen hatte und dieselben Symptome zeigte. — Hier gelang es nicht, mit der Harpune den mikroskopischen Nachweis der Trichinen zu führen. L. zieht den Schluss, dass nur die „obligatorische Trichinenschau im Stande wäre, vor der Trichinose Schutz zu gewähren". Warren.

---

**Riedinger, Ueber das Auftreten von Scharlach bei Operirten und Verwundeten.** (Centralbl. f. Chirurgie 1880 No. 9 p. 134.)

R. beobachtete neunmal das Auftreten von Scharlach bei Operirten und Verwundeten. In den meisten dieser Fälle scheint die Scharlachinfection nicht etwas Zufälliges zu sein, sondern in directem Abhängigkeitsverhältniss zu den Wunden zu stehen. Es schien als hätten die Kranken erst durch die Verletzung einen für die Aufnahme



oder Entwickelung des Exanthems günstigen Boden abgegeben. (Aehnliche Fälle sind von Murchison, Paget u. A. beobachtet.) Drei Mal z. B. trat der Scharlach bei Aerzten auf, die früher vielfach mit Scharlach in Contact gekommen waren. Ein dreijähriges Mädchen bekam 14 Tage nachdem sie eine Quetschung einer Fingerphalange erlitten hatte, Scharlach. Drei Geschwister blieben davon verschont. Ob die Infection bei den Verwundeten per os oder per vulnus zu Stande kam, bleibt unentschieden. Der Umstand, dass das Exanthem oft von der Wunde ausging, sprach zu Gunsten der letzten Auffassung. Im Allgemeinen waren die Scharlachfälle sehr schwer. — Hohe Temperaturen. — Die Wunden zeigten (im Gegensatz zum Erysipel) keinen Belag und heilten gut. Madelung (Bonn).

---

**Hardy, Monoplégie brachiale chez une femme tuberculeuse. A l'autopsie, tubercule cérébral du volume d'une noisette, occupant la partie postérieure de la capsule interne, du côté opposé au membre paralysé.** (Lähmung eines Armes bei einer tuberkulösen Frau. Bei der Section nussgrosser Hirntuberkel in der hinteren Partie der inneren Kapsel auf der anderen Seite.) (Revue médicale par E. Fournié. 1880, Nr. 2, pag. 45.)

Eine fünfundzwanzigjährige Frau mit weit vorgeschrittener Lungentuberculose zeigte ausserdem Motilitäts- und Sensibilitätsstörungen im rechten Arm. Sie war bis vor einem Jahre gesund gewesen. Bei ihrer Aufnahme zitterte der rechte Arm und wurde beim Ausstrecken rhythmisch abducirt und adducirt. Der Druck der rechten Hand war nicht so kräftig als der der linken; oft entfielen der Kranken die mit der rechten Hand ergriffenen Gegenstände. Eben so sehr war das Gefühl beeinträchtigt: Nadelstiche und Temperaturunterschiede nahm die Patientin mit der rechten oberen Extremität nicht wahr. Mit Ausnahme einer leichten Sensibilitätsstörung war das rechte Bein normal; die Functionen der linken Körperhälfte waren ungestört.

Man stellte die Diagnose: Tuberkel im hinteren Theile der inneren Kapsel oder in der Umgebung der Vormauer der linken Hemisphäre. Die Autopsie bestätigte die Diagnose. Hardy nimmt demgemäss an, dass im hinteren Theile der inneren Kapsel motorische und sensible Bahnen für die entgegengesetzte obere Extremität verlaufen. Da die Bahnen für die untere Extremität und den Rumpf in diesem Falle nicht tangirt waren, so müssen sie in einem anderen als dem unteren Theile der Capsula interna gelegen sein.

Diese Beobachtung stimmt gut zu den physiologischen Experimenten. (Vergl. Eckhardt: Physiologie des Rückenmarks und Gehirns; in Hermann's Handbuch der Physiologie; Bd. II, 2. Theil, pag. 177 und 183.) **Nussbaum.**

---

**Otto Becker, Der spontane Netzhautarterienpuls bei Morbus Basedowii.** (Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde XVIII. Jahrg. Januarheft.)

Im Anschluss an frühere Mittheilungen über denselben Gegenstand (Wiener med. Wochenschr. 1873. Nr. 24 u. 25) veröffentlicht der Verfasser weitere Beobachtungen der Erscheinung. Unter 16000



klinischen und 5600 Privatpatienten, welche der Verf. in dem Zeitraum von 1873 bis 1879 behandelt hat, befanden sich sieben reine Fälle von Morb. Basedowii, welche alle mit einer einzigen Ausnahme spontanen Arterienpuls auf der Papille und in der Netzhaut zeigten. — In mehreren der Fälle waren zugleich Symptome hochgradiger Hysterie vorhanden. — Die Anwendung des constanten Stromes war mehrmals von Erfolg begleitet. — Auch bei chlorotischen Mädchen hat Verf. wiederholt spontanen Arterienpuls beobachtet, ohne dass diese Fälle sich sonst von anderen Fällen von Chlorose hätten unterscheiden lassen. Verf. glaubt, dass es sich auch hier um lokale und vorübergehende Gefässlähmung handelt. Namentlich wird eine Beobachtung angeführt, wo Verf. bei einer 48jährigen Frau, welche an allerhand unklaren und unerklärbaren nervösen Erscheinungen litt, von Zeit zu Zeit spontanen Arterienpuls auftreten sah. Dieselbe Patientin bekam wiederholt an den verschiedensten Stellen des Körpers rothe Flecken, welche sich manchmal über eine ganze halbe Extremität erstreckten, bald nur wenige Minuten, bald Stunden und selbst Tage andauerten, um dann spurlos zu verschwinden. Es scheint daraus hervorzugehen, dass auch bei Morb. Basedowii der spontane Arterienpuls durch Lähmung der Gefässnerven bedingt werde. Walb.

---

**Fränkel, Ueber zwei durch totalen Verschluss der linken Carotis complicirte Aneurysmen des Aortenbogens.** (Virchows Archiv Bd. LXXIX Heft 3 S. 509.)

In dem einen Fall handelte es sich um einen mit der Diagnose einer linksseitigen Gehirnembolie aufgenommenen Patienten, der ein halbes Jahr nach seiner Aufnahme starb. Bei der Section fand sich ein grosses Aortenaneurysma, aus dem die Carotis sinistra entsprang. Die Abgangsstelle dieser Arterie war aber völlig obliterirt. Ausserdem steckte in der linken Carotis interna im Sinus cavernosus ein fest adhärenter derber Thrombus, der bis 6,5 cm oberhalb der Ursprungsstelle der Carotis communis reicht. Von da bis zur obliterirten Abgangsstelle ist das runde Lumen der Arterie mit einem nicht adhärenten rothen Thrombus gefüllt. Ueber die Erklärung des Falles muss das Original nachgesehen werden. — Ein zweiter Patient wurde mit der Diagnose Apoplexia cerebri und Aneurysma arcus Aortae geführt. Dieser Diagnose musste noch der Verschluss der linken Carotis durch Thromben zugefügt werden, als unter der Behandlung der Puls der linken Carotis allmählich ganz schwand. Die Section ergab Aneurysma Aortae mit Ausfüllung der aus demselben entspringenden Carotis bis zur Theilungsstelle durch einen derben adhärenten Thrombus und ausserdem Erweichungsherde im Gehirn. Ribbert.

---

**J. A. Ormerod, Case of bilateral paralysis of the muscles supplied by the recurrent laryngeal nerve** (Fall von doppelseitiger Lähmung der durch den n. recurrens innervirten Muskeln). (The Lancet, March 13, 1880.)

Nichts Abnormes an Mund, Zunge und Rachen; epiglottis verdickt, an derselben einige weisse Ulcerationsstellen. Das rechte Stimmband



in Cadaverstellung, geringe, wenn überhaupt nennenswerthe Bewegung desselben und des entsprechenden Arytänoid-Knorpels während Inspiration und Phonation. Das linke Stimmband bei ruhiger Respiration etwas mehr abducirt als das rechte; bei tiefer Inspiration bewegt sich das linke Stimmband und der linke Knorpel bis zu einem gewissen Grade nach auswärts; bei der Phonation bewegt sich der linke Knorpel nach innen und auch das linke Stimmband macht eine leichte Bewegung nach innen, jedoch nicht in demselben Maasse wie der Knorpel; es wird lax und baucht sich in seinem centralen Theile aus; es erreicht nicht das rechte Stimmband, nicht einmal die Mittellinie. Keine Anästhesie des Rachens oder des Kehlkopfs; die epiglottis agirt normal; fortgesetztes Sprechen bringt die Patientin ausser Athem. An Hals und Brust sonst nichts Abnormes. — Pat., 38 Jahre alt, hatte vor 2 Jahren eine heftige Erkältung mit Husten und Heiserkeit, vor $1^1/_2$ Jahr die Pocken, wonach die Laryngitis zunahm. Syphilis nicht nachweisbar. Therapie erfolglos. E. Bardenhewer.

---

**Struve**, Tiflis, **Beitrag zur gerichtlich-chemischen Untersuchung von blutverdächtigen Flecken.** (Virchows Archiv Bd. LXXIX. Heft 3 S. 524.)

Verf. empfiehlt zur Anstellung der Häminreaktion an verdächtigen Flecken die Anwendung einer Tanninlösung. Die suspecten Parthien werden mit verdünnter Kalilauge und Wasser ausgewaschen, die erhaltene Flüssigkeit filtrirt und mit Tanninlösung versetzt. Es entsteht rothbraune Färbung. Darauf Zusatz der verdünnten Essigsäure bis zur sauren Reaktion. Es bildet sich ein Niederschlag, der auf dem Filter gesammelt und ausgewaschen wird. Von ihm werden Proben auf dem Objektglas mit etwas Kochsalz versetzt, eingetrocknet und in bekannter Weise mit Essigsäure zur Herstellung der Häminkrystalle verwandt. Zur mikroskopischen Untersuchung der geformten Blutbestandtheile in Flecken bedient sich Verf. mit Vortheil der Kohlensäure. Er leitet dieselbe durch Wasser in einem Probirgläschen und legt in dasselbe das zu untersuchende Objekt. Dann lässt man das Ganze je nach dem Alter der fraglichen Substanz verschieden lange, bis zu 20 Stunden stehen. In den dann entnommenen und mikroskopisch untersuchten Proben sind eventuell leicht Blutkörperchen nachzuweisen. Ribbert.

---

**Friedberg, Ueber ein neues Zeichen des Erwürgungsversuches.** (Virchows Archiv Bd. LXXIX Heft 3 S. 409.)

Ein Bluterguss in die Carotiswand ist nicht nur ein höchst werthvolles Zeichen für eine während des Lebens stattgehabte Einwirkung des Würgebandes, sondern auch ein eben solches für einen während des Lebens ausgeführten Erwürgungsversuch. Verf. legt das an zwei Fällen klar. Ein Mann war von einem anderen längere Zeit mit der Hand am Halse gewürgt worden und kurz nachher gestorben. Es waren keinerlei äussere Verletzungen oder sonstige Anzeichen eines stattgehabten Würgens am Halse vorhanden. Der einzige gerichtsärztliche Beweis lag in einem Bluterguss in die Wandung der Carotis communis und interna beiderseits. In einem zweiten Falle starb die



gewürgte Person erst mehrere Tage nach dem Erwürgungsversuch. Und auch hier war neben äusseren Merkmalen am Halse ein beiderseitiger Bluterguss in die Carotiswand vorhanden. Ribbert.

---

**Rud. Albrecht, Spontan gelöstes und ausgestossenes Lipom des Darmkanals.** (St. Petersburger medicin. Wochenschrift. 1880. Nr. 9).

J. M. B., 51 J. alt, welcher schon in seinem 26. Lebensjahre korpulent war und seit 15 Jahren an der Innenfläche des rechten Oberschenkels ein apfelgrosses Lipom trägt, entleerte, nachdem er sechs Wochen lang, unter Abnahme der Kräfte, an heftigem Leibschmerz, Tenesmus und schleimigen Diarrhoeen mit geringen Blutbeimischungen gelitten hatte, eine birnförmige, 10 cm lange, 6 cm breite Geschwulst mit gänsefederkieldickem Stiel. Dieselbe besteht aus Fettgewebe und einer Kapsel. Letztere ist zusammengesetzt aus Mucosa, welche aus einer Menge dichtgedrängter, paralleler Drüsenschläuche (Lieberkühnsche Drüsen) besteht, welche alle auf gleiche Höhe endigen, nirgends eine Spur von Zotten erkennen lassen und von einem zarten Bindegewebsstroma umgeben sind; darunter eine dünne Schicht glatter Muskelfasern und unter diesen eine breite Lage lockeren Bindegewebes mit vielen Gefässen. Weil diese grosse Geschwulst keine Dislokationen des Darms verursacht hat, glaubt A., sie habe in einem wenig bewegten Darmtheil, wahrscheinlich in einem der Schenkel des Colon, ihren Sitz gehabt. E. Bardenhewer.

---

**Boegehold, Ein Fall von Ichthyosis cornea.** (Virchow's Archiv Bd. LXXIX. Heft 3. S. 545.)

Bei einem Knaben waren im 3. Monat nach der Geburt warzenähnliche Gebilde an den Sohlen- und Handflächen aufgetreten, die im weiteren Verlauf zu stachelförmigen Hervorragungen auswuchsen. Bei der Aufnahme des neunjährigen Patienten in das Krankenhaus Bethanien trugen auch die Volarseiten der Finger Excrescenzen und die Nägel waren durch dieselben abgehoben und rissig. Eine kleinere mit ähnlichen Stacheln besetzte Stelle vor jedem Knie. Die ganze übrige Haut normal. Die Neubildungen wurden in tiefer Chloroformnarkose ausgekratzt und alle Recidive in gleicher Weise entfernt. Bis jetzt ist eine definitive Heilung damit nicht erreicht, da die Excrescenzen immer recidiviren. Mikroskopisch besteht die ganze Masse der Stacheln aus verhornten, abgeplatteten Zellen. Nur direkt auf der Lederhaut sitzt eine einzellige Lage normaler runder Epidermiszellen. Ribbert.

---

**De l'Aconitine dans les Névralgies** (Aconitinum bei Neuralgieen). Ref. über Dr. Oulmont, De l'Aconit, de ses préparations et de l'Aconitine considérée au point de vue thérapeutique. (L'Union medicale, Nr. 3, 1880.) (Ueber Aconit, seine Präparate, und über das Aconitin vom therapeutischen Standpunkt.)

Das Aconitinum soll nach O. in gewissen Formen von Gesichtsneuralgieen, welche nicht durch Laesionen entstanden sind, sondern meistens der Erkältung ihre Ursache verdanken, und ohne gut markirte



Periodicität verlaufen, helfen. V. sah in einem Falle von Neuralgie, welche schon sieben Tage gedauert hatte und dem Chinin widerstanden hatte, nach 1/4 mgr Aconitinum Nitricum, augenblicklich und gänzlich weichen. In frischen Fällen ist die Wirkung schneller als in älteren. Auch bei secundären Neuralgieen nach Caries der Zähne, des Os Petrosum, Paraplegie u. s. w. ist es nicht ohne Wirkung. Besonders bei Neuralgieen des Trigeminus soll seine Wirkung vortrefflich sein. Zeigt die Neuralgie eine gut markirte Periodicität, so verbindet man es mit Chinin. Zu diesem Zweck giebt Mousset 0,5 gr Chinin mit 0,0002 Aconitinum crystallisatum. Man fängt mit drei Pillen an, eine morgens, eine mittags, eine abends. Entsteht keine Linderung, so steigt man jeden Tag mit einer Pille bis 6 in 24 Stunden. Entsteht Diarrhoe, so vermindert man die Dosis. Roux.

---

**Vergiftung durch salicylsaures Natron.** (L'Union médicale 1879. Nr. 71. pag. 1014. Aus: Pharmaceut. Zeitung. XXV. Jahrg. 1880. Nr. 19. pag. 141.)

In Bayonne wurden, in Folge eines Versehens, 50 gr salicylsaures Natron anstatt derselben Menge schwefelsauren Natrons verabreicht. Der übrigens robuste Kranke, an Abscessen des Zahnfleisches leidend, nahm die ganze Dosis auf einmal in einer Tasse Melissenthee. Unmittelbar nach dem Genusse traten auf: Brennen in Hals und Magen, lebhafter Durst, Uebelkeit und Erbrechen. Profuse Schweisse, Kälte und grosse Schwäche der Extremitäten, Ohrensausen, Taubheit, Herabsetzung des Sehvermögens ohne Veränderung der Pupille, Verlangsamung des Herzschlages, endlich Kopfweh. Trotz Anwendung von Excitantien dauerten diese Symptome ungeschwächt 24 Stunden lang an, dann stand das Erbrechen, Collapsus und die Erscheinungen seitens des Hörorgans dauerten fort. Dabei bestand hartnäckige Obstipation, die mit Ol. Ricini behandelt wurde, im Harn fand sich Eiweiss. Die Reaction auf Salicylsäure mit Eisenchlorid konnte bis zum fünften Tage im Harn erhalten werden. Der behandelnde Arzt constatirte ausserdem noch Geschwürsbildung an der Uvula und dem Pharynx, jedoch waren diese Erscheinungen vielleicht als nicht direkt durch das Salz, sondern durch das stundenlange Erbrechen herbeigeführt anzusehen. Schulz.

---

**Neftel**, New-York, **Ueber die galvanische Behandlung der Cataracta incipiens.** (Virchows Archiv Bd. LXXIX Heft 3 S. 465.)

Der galvanische Strom kann bei Augenerkrankungen oft mit grossem Nutzen angewandt werden. Verfasser vermochte Schwäche des Sehvermögens erheblich zu bessern, ein Fall von Retinitis pigmentosa machte seit Anwendung der galvanischen Behandlung keine weiteren Fortschritte und eine in Folge von Choroiditis abgelöste Netzhaut legte sich unter stetiger Besserung der ursächlichen Erkrankung allmählich wieder an. Besondere Erfolge erzielte Verf. bei zwei von guten Beobachtern diagnosticirten Catarakten, die in dem einen Falle das Lesen, in dem andern sogar das Zählen von Fingern unmöglich gemacht hatten. Beide Patienten wurden durch den galvanischen Strom, der eine in 25, der andere in 30 Sitzungen geheilt, die Augen



funktionirten nachher wieder vollkommen normal. Die Behandlung geschieht in der Weise, dass der eine Pol auf das geschlossene Auge, der andere im Nacken angesetzt wird. Ribbert.

---

**Dr. H. Kobner, Zur Casuistik des Transfert.** (Berl. ärztl. Zeitschr. 1880. Nr. 5.)

Schon a priori ist anzunehmen, dass der Transfert sich auch bei andern halbseitigen pathologischen nervösen Affectionen erzielen lassen werde. In letzter Zeit beobachtete K. drei derartige Fälle.

1. bei einer 30jährigen Frau traten in etwa 3wöchentlichen Zwischenräumen heftige Anfälle bald rechts- bald linksseitiger Hemicranie auf. Dazu gesellten sich Anfälle von 1/2 Minute Dauer, in denen plötzlich das Bewusstsein schwindet, die Augen geöffnet sind, die weiten Pupillen auf Lichtreiz nicht reagiren; die Athmung sistirt, der Mund steht offen, Muskelspannungen fehlen. Alle 5—10 Minuten wiederholt sich dieser beängstigende Zustand. Mittelst der „elektrischen Hand" wurde alsbald der Schmerz rechts beseitigt, trat aber sofort links auf. Und dieses Spiel wiederholte sich nach einem weiteren Anfall noch einmal.

2. Ein 22jähriges Mädchen leidet seit Kindheit bald rechts, bald links an Hemicranie. Die „elektrische Hand" beseitigte in einem rechtsseitigen Anfall nach wenigen Minuten den Schmerz, der aber jetzt, obwohl geringer, auf der linken Seite auftrat.

3. Ein 23jähriger Commis leidet 3—4 mal im Jahre an rechtsseitigem Stirnkopfschmerz. Chinin und Morphium waren ohne Erfolg angewendet. Die „elektrische Hand" beseitigte alsbald den Schmerz rechts, Patient giebt aber an, dass er nun einen schwächeren Schmerz in der linken Stirnhälfte verspüre.

Verfasser erklärt die Wirkung nach der von Schiff auf der letzten Naturforscher-Versammlung gegebenen Bezeichnung des Transfert als „Molekularerschütterung". R.

---

**Posada Arango** (Medellin-Columbien), **Corps étrangers du larynx et dans les bronches** (Fremdkörper im Kehlkopf und in den Bronchien). (Bulletins et mémoires de la société de chirurgie 1880. VI. p. 70.)

A. entfernte einen Fremdkörper (un fragment de cloison de casse (?)), welcher seit fünf Tagen im Eingang des Larynx eines vierjährigen Knaben sass und vom Munde aus nicht zu entfernen war, bei eintretender, hochgradigster Dyspnoe, indem er die Tracheotomie machte, eine Hühnerfeder in die Halswunde und aufwärts in den Kehlkopf stiess. — Ein 17jähriges Mädchen bekömmt, während sie eine Frucht des Breiapfelbaumes (sapota) isst, einen Erstickungsanfall. In der folgenden Nacht leichte Beschwerden, Husten, weit hörbares pfeifendes Athemgeräusch. Später tritt Fieber und Bronchitis auf. Auf der linken Brustseite Schmerzen, normaler Percussionsschall, aber kein Athemgeräusch hörbar. Tracheotomie am 20. Tag ohne Nutzen. Am



75. Tag Tod. Die linke Lunge ist grossentheils hepatisirt. Im Bronchus derselben Seite findet sich ein Kern der Sapotillenfrucht.

Madelung (Bonn).

---

**Dr. E. Bontemps, Traitement des maladies de poitrine par les Capsules d'Huile de Gabian.** (Behandlung der Brustkrankheiten durch Gabian-öl in Capseln.) (L'Union medicale Nr. 10, 1880.)

Das Petroleum, welches die Gardy'schen Capseln enthalten, (nicht das aus dem Handel, welches immer noch Spuren von Schwefelsäure enthält), wird durch die Schleimhaut der Bronchien ausgeschieden und übt so einen directen Einfluss auf die Secretion dieser Schleimhaut. Um Verwechselung mit dem Petroleum zum Brennen dienend zu verhüten, nennt man das in den Gardy'schen Capseln „Gabianöl". Um allen Widerwillen zu beseitigen, gibt man es in Capseln, welche 0,250 enthalten. Es soll gute Dienste geleistet haben bei Bronchorrhoe. B. sah Larynxgranulationen, welche in ihrer Umgebung Entzündung der Schleimhaut verursacht hatten, verschwinden. Bei Anfällen von Asthma hört die Dyspnoe nach den ersten Capseln auf. Im Anfang der Phthisis soll es dieselben Dienste leisten. Nach B. schreiben die Amerikaner ihm die Eigenschaft zu, vor Cholera zu schützen. Die schwächsten Magen können dieses Mittel vertragen, das selbst in Dosen von 200 gr auf einmal nicht giftig wirkt. Sollte es Aufstossen verursachen, so lasse man es vor den Mahlzeiten nehmen.

Roux.

---

## Neue Bücher.

Auger, B., Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques. Paris, Baillière. 10 frs.

Blache, Relation d'une épidémie de coqueluche qui a régné à l'hopital des Enfants-Malades. Paris, Asselin & Co.

Boisserie-Lacroix, De la conduite à tenir dans les hémorrhagies traumatiques de la fesse et de la partie supérieure de la cuisse. Bordeaux, Gounouilhon.

Bompard, Etude clinique et pathogénique sur quelques anomalies dans la variole. Bordeaux, Gounouilhon.

Chevallereau, Recherches sur les paralysies oculaires consécutives à des Traumatismes cerébraux. Paris, Delahaye & Co.

Combe, De l'acide arsénieux dans les applications à la thérapeutique de la carie dentaire. Paris, Delahaye & Co.

Duhard, Contribution à l'étude du traitement chirurgical des kystes hydatiques du foie. Paris.

Jochheim, Diphteritis & Ozon. Neue Behandlung d. Diphteritis. Mit 1 Holzschnitt. Heidelberg, Carl Winter. 80 Pf.

Moynac, Manuel de pathologie générale et de diagnostic. Paris, Lauwereyns. 8 frs.

---

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.



Erscheint wöchentlich.
Jeder Jahrgang umfasst
52 Bogen nebst Titel
und Register.

# Centralblatt
für
# KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M.,
zu beziehen durch alle
Buchhandlungen und
Postanstalten.

Redigirt von

**Dr. H. Rühle,** Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

**Dr. D. Finkler,** Privatdocent und Assistent an der medicin. Klinik in Bonn.

**1880.** **27. März.** **Nro. 5.**

**Inhalt:** Berichtigung. — **Weil**, Ueber den abnorm verstärkten ersten Ton an der Herzspitze bei Mitralstenose. — Referate: **Hindenlang**, Pigmentinfiltration von Lymphdrüsen, Leber und anderen Organen in einem Fall von Morbus maculosus Werlhofii. — **Kühn**, Ueber leichte Skorbutformen. — **Epstein**, Ueber Soor bei Kindern. — **Gouguenheim**, Erythème papuleux généralisé, Erythème noueux des jambes, papules des conjonctives, Pheumatisme articulaire subaigu des articulations metacarpo-phalangéennes, tibio-fémorales et tibio-tarsienne. — **Lancereaux**, Le Diabète; les symptomes son évolution, son pronostic et son traitement; les rapports avec les altérations du pancréas. — Etude comparative du Diabète maigre et du diabète gras Coup d'oeuil rétrospectif sur les diabètes. — **Harnack**, Ueber das Karlsbader Sprudelsalz. — **Schiff**, Atelectasis medullae spinalis — eine Hemmungsbildung. — **Satterthwaite**, Multiple Tumors of the Cranial-, Spinal- and sympathetic Nerves with remarkably few Symptoms. — **Gowers**, Lectures on Epilepsy. — **Mackenzie**, Three Cases of Anomalous Cardiac Disease. — **Frisch**, Ueber Tamponade der Trachea bei Diphtheritis.

## Berichtigung.

Herr Professor Rosenstein in Leiden hat die Güte, mich auf einen im Jahre 1859 von Traube gehaltenen und publicirten Vortrag „über die Herz- und Arterientöne in Krankheiten" aufmerksam zu machen, wo Traube den verstärkten 1. Ton an der Herzspitze bei Mitralstenose unter jenen Zuständen aufzählt, welche durch eine Verminderung der Anfangsspannung eine Verstärkung des 1. Tones zur Folge haben.

Ich bin Herrn Prof. Rosenstein für diese Berichtigung meines Artikels in Nr. 3 dieses Centralblattes zu grossem Danke verpflichtet.

Otto Leichtenstern.

## Ueber den abnorm verstärkten ersten Ton an der Herzspitze bei Mitralstenose.

Historische Notiz

von Professor **A. Weil** in Heidelberg.

In Nr. 3 dieses Blattes hat Leichtenstern darauf hingewiesen, dass in vielen Fällen von Mitralstenose der erste Ton an der Herzspitze von ungewöhnlicher Intensität, laut klappend, zuweilen fast metallisch



klingend gehört wird. Nach Leichtenstern's Meinung ist diese Thatsache zuerst von Rosenstein hervorgehoben, und eine Erklärung derselben bisher nicht versucht worden. Leichtenstern selbst leitet den ungewöhnlich lauten Ton davon ab, dass in Folge geringerer Füllung des linken Ventrikels die Anfangsspannung der Mitralklappe eine ungewöhnlich geringe, und dadurch die Differenz zwischen Anfangs- und Endspannung eine ungewöhnlich grosse wird.

Die Thatsache, dass bei Mitralstenose der erste Ton an der Herzspitze — und wie ich zufügen will, auch an den übrigen Ostien — ungewöhnlich laut wahrgenommen wird, ist auch mir schon seit langem bekannt, und ich habe dieselbe schon vor 5 Jahren in meiner „Auscultation der Arterien und Venen" (Leipzig 1875) gebührend hervorgehoben. Bei Besprechung des auscultatorischen Befundes, den das gesammte Arteriensystem bei Mitralstenose bietet, findet sich folgende Stelle (l. c. S. 83):

„Viermal (nämlich bei Stenosis ostii venosi sinistri) war in Carotis und Subclavia der erste Ton so laut oder noch lauter, als der zweite und in der Cruralis fand sich zweimal ein spontaner einfacher, zweimal ein Doppelton. Wo der erste Ton in Carotis und Subclavia so laut oder lauter war, als der zweite, zeigten die Herztöne das auffallende Verhalten, dass an sämmtlichen Ostien ein überaus lauter klackender erster Ton zu hören war, neben dem der zweite fast völlig verschwand. Dieses eigenthümliche Verhalten der Herztöne in manchen Fällen von Mitralstenose ist wenig bekannt, trotzdem Traube schon vor Jahren darauf hingewiesen hat. In Bezug auf die Erklärung dieses Phänomens, sowie des Doppeltons muss auf das früher Gesagte verwiesen werden."

Es war also in meinen Fällen der erste Ton so laut, dass er nicht nur an sämmtlichen Herzostien, sondern selbst an den Halsarterien mit ungewöhnlicher Intensität gehört wurde. Es ist aber auch zugleich aus dieser Stelle ersichtlich, dass das Verdienst, auf diese Thatsache zuerst hingewiesen zu haben, weder mir, noch Leichtenstern, noch auch Rosenstein, sondern jenem Manne gebührt, dessen Arbeiten in erster Linie zu Rathe gezogen werden sollten, bevor man ein neues am Circulationsapparat auftretendes Symptom oder eine neue Erklärung eines solchen bekannt gibt, nämlich Traube. Die betreffende Stelle bei Traube (Gesammelte Abhandlungen Bd. II. Ueber die Herz- und Arterientöne in Krankheiten S. 449) lautet: „Die Stärke eines Herz- (oder Arterien-)tones hängt, unter sonst gleichen Bedingungen, ab von der Differenz der Spannungen, welche die betheiligte Membran nach einander annimmt, und ist unabhängig von der absoluten Grösse dieser Spannungen." — — „Mit Hilfe dieses Folgesatzes glaubt Traube folgende bei Kranken häufig zu beobachtende Erscheinungen erklären zu können:"

1) . . . . .

2) . . . . .

3) „Die Verstärkung des systolischen Herztones an der Herzspitze bei vielen Fällen von Stenose des ostium venos. sinistr."

Es folgt daraus, dass Traube nicht nur die Thatsache erkannt,



sondern auch gerade so wie Leichtenstern interpretirt hat. Denn eine Ableitung des verstärkten Tones bei Mitralstenose aus einer vergrösserten Differenz der Anfangs- und Endspannung setzt, da die Endspannung nicht grösser wird, als in der Norm, ein Sinken der Anfangsspannung voraus. — Wollte man aber — meiner Meinung nach mit Unrecht — Traube diese Erklärung streitig machen, so würde man dieselbe jedenfalls in meiner „Auscult. der Arterien und Venen" mit kurzen aber unzweideutigen Worten ausgesprochen finden. Nachdem ich dort (S. 20) jenen Cardinalsatz Traube's citirt, heisst es weiter: „Daraus erklärt Traube unter anderem folgende Erscheinungen:

1) . . . . . . . .

2) „Die Verstärkung des systolischen Herztones an der Herzspitze bei vielen Fällen von Stenose des ostium venosum sinistrum (dabei ist die **Anfangsspannung** der Atrioventricularklappen vermindert)."

Zum Schlusse will ich noch bemerken, dass ich auf das Vorkommen eines ungewöhnlich lauten ersten Tones an der Spitze des linken Ventrikels bei hochgradiger Anämie gleichfalls in der öfters citirten Arbeit (l. c. S. 85 u. 86) aufmerksam gemacht habe.

---

Dr. **C. Hindenlang, Pigmentinfiltration von Lymphdrüsen, Leber und anderen Organen in einem Fall von Morbus maculosus Werlhofii.** (Virchows Archiv Bd. LXXIX Heft 3 S. 492.)

Ein 27jähriger Mann, der schon vielfach an Nasenbluten gelitten hatte, erkrankte unter Anschwellung beider unteren Extremitäten und nachfolgender blauer Verfärbung der angeschwollenen Partieen. Die Ränder des Zahnfleisches bluteten bei der leisesten Berührung. In der Folge traten immer neue Hämorrhagie der Beine und erneutes Nasenbluten hinzu und Pat. starb ungefähr einen Monat nach Aufnahme in die Klinik. Die Section ergab eine vergrösserte schwere, gleichmässig braunrothe Leber. Gleiche Verfärbung der Lymphdrüsen des Magens, der Lumbal- und Inguinaldrüsen. Unterhautzellgewebe und Muskulatur der unteren Extremitäten hämorrhagisch durchsetzt. Mikroskopisch stellte sich heraus, dass die verfärbten Lymphdrüsen ihre Farbe durch braungelbe körnige Schollen erhalten, die offenbar von zerfallenen rothen Blutkörperchen herrühren. Sie liegen in grosser Menge zerstreut im Gesichtsfeld. Von den gleichen Pigmentschollen ist die Leber durchsetzt. Der Farbstoff liegt besonders im interacinösen Gewebe, aber auch in den Acini selbst, hier aber am reichlichsten an der Peripherie. Der Eisengehalt der Leber ist dem entsprechend ein sehr hoher und mikrochemisch leicht zu demonstriren. Unter den übrigen Organen verdient die Niere Erwähnung, in welcher die Pigmentschollen fast ausschliesslich in den Glomerulis angetroffen werden und viele Capillarschlingen derselben ganz ausfüllen. In diesem Umstande liegt neben anderen der Beweis, dass das Pigment vor seiner Ablagerung im Blute circulirt hat. Die Muskulatur der unteren Extremitäten ist fast völlig durch rothe Blutkörperchen ersetzt, die in einem dichten Maschenwerk von Bindegewebe und Fibrin zusammengehalten werden. Andere Fälle aus der Literatur stützen die Ansicht, dass es sich bei



dieser Pigmentirung der verschiedensten Organe um eine auf dem Wege der Lymphbahnen erfolgte Resorption von Blut in Substanz oder als Pigment und eine weitere Uebertragung derselben in den Kreislauf handelt. Aus letzterem erfolgt dann die Abscheidung in die Organe. Ribbert.

---

**Dr. Adolf Kühn,** Moringen, **Ueber leichte Skorbutformen.** (Deutsch. Archiv f. klin. Med. Bd. XXV. Hft. II u. III. S. 115—177.)

Unter diesem Titel theilt Verf. seine Beobachtungen mit, die er während einer Epidemie in der Moringer Strafanstalt und in der Privatpraxis von Ende Dezember 1875 bis Mitte Mai 1876 gemacht, die 253 Fälle von Skorbuterkrankungen umfasst, von denen etwa 70 % der Anstalt angehörten. Die beobachteten Symptome in den beschriebenen Krankheitsfällen bestanden in einer langsam sich entwickelnden Kachexie mit häufigen Klagen über Oppressionsgefühl auf der Brust und Seitenschmerzen, besonders im linken Hypochondrium. Im Verlauf der Kachexie zeigte sieh die charakteristische Zahnfleischerkrankung, später traten rheumatoide Schmerzen auf, die Kranken bekamen Husten, es entwickelten sich Milztumor und meist von Angina eingeleitete entzündliche Prozesse. Im Gegensatz von andern Skorbuterkrankungen kamen Hämorrhagieen weniger häufig vor, ebensowenig Erkrankung der Muskel und der Bindegewebsschichten, Indurationen der Ferse und des Kniegelenks wurden gar nicht beobachtet. Dagegen traten häufig intermittens ähnliche Fieberanfälle auf, sowie ungewöhnlich häufige fieberhafte Erkrankungen der Respirationsorgane. Statt schwerer Purpuraformen wurden überwiegend häufig schwere Erytheme, Urticaria und Herpes beobachtet. Verf. beweist an einer Reihe von Fällen den infektiösen Charakter dieser Krankheit und betont als ätiologisches Moment für die Entstehung neben der Ueberfüllung der Wohnräume andauernde kalte Witterung gegenüber der bei Skorbut geläufigen Inanitionstheorie und namentlich gegenüber der Annahme Garrod's, nach der Skorbut in Folge von Mangel an kalihaltiger Nahrung entsteht. Verf. betrachtet den dem gewöhnlichen Skorbut ähnlichen Symptomencomplex der beobachteten Krankheitsfälle als eine infektiöse Form desselben, die aber ätiologisch durchaus verschieden, und nimmt einen innigen Zusammenhang an zwischen Skorbut und bekannten Formen von Angina, Rheumatismus, Bronchitis und pneumonischen Endzündungsvorgängen, während er auf der andern Seite annimmt, dass die genannten Krankheiten in der Regel unter ähnlichen äussern Bedingungen wie der Skorbut vorkommen, so dass also leichte Skorbutformen bald unter der einen bald unter der andern Krankheitsform vorkämen und so eine continuirliche Uebertragung eines Krankheitsprozesses statt habe, welcher in seiner Erscheinungsform ein ziemlich variabler wäre. Die Stomaeace und die Purpuraformen rechnet Verf. ebenfalls hierher und glaubt, dass manche Fälle perniciöser Anämie gleichfalls hierhin gehörten.

Verf. resümirt den Inhalt seiner ausführlichen Arbeit in folgenden Sätzen:

1) Bei Ueberfüllung der Wohnräume und andauernder feuchtkalter Witterung können trotz zweckmässigster Ernährung Erkrankungs-



fälle vorkommen, welche dem in Folge unzweckmässiger Nahrung entstandenen Skorbut in ihrem ganzen Symptomencomplex sehr nahe stehen und welche bisher auch als Skorbut bezeichnet sind.

2) Der Grundcharakter dieser Krankheitsfälle ist akute Anämie mit Neigung zu Blutungen in verschiedenartigen Hauterkrankungen unter denen Erythemformen und Purpura praevaliren.

3) Die fraglichen Krankheitsformen unterscheiden sich von dem auf Inanition zurückzuführenden Skorbut durch häufige Angina, Rheumatismus und broncho-pneumonische Symptome.

4) Die bei solchen Kranken vorkommenden croupösen Pneumonieen stimmen in ihren wesentlichsten Symptomen und Sektionsresultaten mit den contagiösen Pneumonieen überein.

5) Die bezüglichen Skorbutfälle gehören zu den Infektionskrankheiten und sind desshalb von dem durch Inanition entstandenen Skorbut, welcher eine allgemeine Ernährungsstörung ist, zu trennen.

6) Wir bezeichnen den geschilderten Symptomencomplex als infektiösen Skorbut und zählen den letztern zu den miasmatisch-contagiösen Krankheiten. Burger.

---

**Dr. Epstein, Ueber Soor bei Kindern.** (Prager medic. Wochenschr. 1880. Nr. 5—9.)

E. schildert nach Beobachtungen in der Prager Findelanstalt in eingehender Weise die Erscheinungen des Soors. Ausser auf die bekannten Erscheinungen, weist er auf das Zusammenfallen mit catarrhalischen Veränderungen der Mundschleimhaut hin und bemerkt, dass die Pilzauflagerungen im Beginne der Erkrankung sowie bei intensiveren zu grösserer Ausbreitung gelangenden Formen, entgegen der bestehenden Ansicht, meist dem Schleimhaut-Gewebe sehr fest anhafte und erst durch das unter den Auflagerungen stark wuchernde Epithel abgestossen bez. leichter ablösbar werde. Ueber die cardia hinaus sowie unterhalb der glottis beobachtete E. typische Soor-Vegetationen nicht; doch ist sie nicht an das Pflaster-Epithel gebunden, da sie sich beim Wolfsrachen auch auf der Nasenschleimhaut zeigt. Die von Valleix als Erscheinung des Soors beschriebenen typischen Gescheine an den hinteren Gaumenecken sind anderen Ursprungs und so lange sie secerniren, niemals Sitz des Pilzes, werden es erst, wenn das Geschein in Folge von Collaps trocken wird. Bezüglich der Entstehung weist er nach, dass, entgegen früheren Annahmen, Acidität des Mundschleimhaut-Secrets, wie sie sich bei 95 % sämmtlicher Anstalts-Kinder ergab, sowie directe Uebertragung nicht die Erkrankung lediglich bedingten, sondern dass immer Catarrh der Mundschleimhaut, meist im Zusammenhange mit Darm-Catarrhen und acuten fieberhaften Erkrankungen bestand und stets Abnahme oder Stehenbleiben des Körper-Gewichts nachzuweisen war. Das Findelhaus sei nur insofern eine Brutstätte des Soors, als hier viele schlecht genährte Kinder Aufnahme fänden. Die Erklärung von Hausmann, dass Soor bei Neugeborenen aus den gleichen Wucherungen in der Scheide der Mutter übertragen werde, bestreitet er, weil die Uebertragung nicht allein die Erkrankung bedingt. Die Differential-Diagnose zwischen Epithelbelag der Zunge, rundlichen Epithelplatten nach desquamativem Catarrh und kleinen



croupösen Exsudationen, sei bisweilen schwierig, letztere hinterlassen einen Epithel-Verlust, wenn die zähe abziehbare Croup-Membran entfernt ist. Da Soor eine secundäre Erkrankung, fällt seine Prognose mit der Primär-Affection zusammen, jedoch verschlimmert er sie, weil er das Saugen des Kindes erheblich erschwert. Die Therapie hat sich vor Allem gegen das Grundleiden, z. B. den Darm-Catarrh zu richten. Vorab erforderte sie gründliche und sorgfältige mechanische Reinigung der Schleimhäute von den Auflagerungen. Kali chloricum leistete, entsprechend den Untersuchungen von Kosegarten, gegen die Weiterwucherung des Pilzes so gut wie nichts, besser bewährte sich Borax in 10 % Lösung (aber ohne Zusatz von Zucker und Syrup, da diese die geeignetste Nährflüssigkeit für Soor-Pilze sind). Stärkere Erkrankung erfordert Absetzen von der Brust und anderweitige Ernährung. E. bemerkt noch, dass häufiger die betreffenden Ammen an wunden Brustwarzen und die Wärterinnen an schmerzhaften Affectionen des Nagelgliedes des die Reinigung besorgenden Fingers erkranken, dessen Haut hart, rissig und macerirt erscheint. Bartold.

---

**Dr. Gouguenheim, Erythème papuleux généralisé, Erythème noueux des jambes, papules des conjonctives, Rheumatisme articulaire subaigu des articulations metacarpo-phalangéennes, tibio-fémorales et tibio-tarsienne.** Allgemeines Erythema papulosum, Erythema nodosum der Beine, Papeln auf der Conjunctiva, Rheumatismus articularis subacutus des Metacarpo-phalangeal-, Tibio-femoral- und Tibiotarsal-Gelenkes. (L'Union medicale Nr. 3. 1880.)

Der Fall betrifft eine 38jährige Frau, welche vor sechs Jahren an Icterus mit Schmerzen im rechten Hypochondrium, und ein wenig Oedem an den Knöcheln, ohne Schmerzen, gelitten hatte. Vor ihrer Aufnahme in das Krankenhaus hatte sie schon an einem febrilen Zustande gelitten, gefolgt von beträchtlicher Schwäche. Seitdem klagt sie über Schmerzen im rechten Beine, wo man am Fussgelenk ein wenig Schwellung findet. Auf dem Rücken der Finger und der Hände zeigte sich ein Erythema papulosum. Während diese Papeln verschwinden, treten andere an deren Peripherie auf. Allmählich breitet sich diese Eruption auf die Arme und den Stamm aus; einige Papeln erscheinen auch im Gesichte. Nach einiger Zeit fängt diese Eruption an zu verschwinden. Zwei Tage hiernach findet man an den Beinen, doch besonders am linken, ein Erythema nodosum, begleitet von Jucken und von ziemlich starkem Wärmegefühl. Kein Fieber, kein Mangel an Appetit, gutes Allgemeinbefinden. Nach sechs Tagen fangen die Augen an zu erkranken, obgleich Patientin das Zimmer nicht verlassen hatte, und sich folglich nicht hatte erkälten können; die Bulbi sind roth, die Augen thränen, die Conjunctivae sind stark injicirt. Am nächsten Tag constatirt man rothe Papeln auf denselben, welche zusammenfliessen und erythematöse Plaques bilden. Iris und Cornea intact. Gesichtsvermögen so gut als es die Affection nur erlaubt. Alle zwei Tage werden diese Papeln mit Cuprum sulfuricum in Substanz touchirt. Nach einiger Zeit fangen die Papeln an zu erblassen und kleiner zu werden. Nach 14 Tagen ist der papulöse Zustand der Conjunctiva beinahe ver-



schwunden, ebenso das Erythema nodosum an den Beinen. Die Eruption an den Händen erblasst und desquamirt, aber die Kranke klagt dann über starke Schmerzen, besonders in den Gelenken der Finger und der Hände, an den Knieen verspürt sie ein wenig Steifheit. — Da das Krankenhaus evacuirt wurde, verliert man die Kranke aus den Augen. Das Herz zeigte während der ganzen Zeit nichts Abnormes. G. zieht aus diesem Fall folgenden Schluss: Das Erythema multiforme, welches im Laufe des Rheumatismus articularis auftritt, hängt mit dieser Krankheit zusammen. Diese Beobachtung hat noch die Eigenthümlichkeit des Auftretens von Papeln auf der Conjunctiva, ohne äussere Veranlassung wie z. B. Erkältung. Diese Complication ist nach G. sehr selten. Bazin und Hardy erwähnen sie nicht. Trousseau hatte einen ungefähr ähnlichen Fall beobachtet, aber er spricht nicht von Papeln; er beschreibt vielmehr eine Conjunctivitis erythematosa. Besnier, in seinem Artikel über Rheumatismus (Dictionnaire von Dechambre) macht auf die Möglichkeit aufmerksam des Auftretens von Conjunctivitides papulosae und von erythematösen, oedematösen und pseudo-erysipelatösen Plaques im Laufe des Rheumatismus. Roux.

---

**Dr. Lancereaux, Le Diabète maigre; Ses symptomes son évolution, son pronostic et son traitement; les rapports avec les altérations du pancréas. — Etude comparative du Diabète maigre et du diabète gras. Coup d'oeuil rétrospectif sur les diabètes.** — Der Diabetes mit Abmagerung: seine Symptome, seine Entwickelung, seine Prognose und Behandlung, sein Zusammenhang mit Veränderungen des Pancreas. Eine Vergleichung zwischen Diabetes mit Abmagerung und Diabetes mit Fettbildung. — Ein Rückblick auf die verschiedenen Diabetesformen. (L'Union médicale No. 13, 16. 1880.)

Verf. theilt zunächst vier Fälle von Diabetes mit, deren Beginn und Verlauf ihm bemerkenswerth scheint.

1) Ein 35jähriger Mann, ohne Syphilis, ohne Verletzungen, ohne erbliche Belastung, bekommt plötzlich Verdauungsstörungen, unlöschbaren Durst, Heisshunger. Innerhalb drei Monate hochgradiger Kräfteverfall, Schwund der Potenz, Abnahme der geistigen Fähigkeiten, Depression des Gemüthszustands. Etwa ein Jahr nach Beginn der Erkrankung besteht starke Abmagerung. Harnmenge 7—10 Liter in 24 Stunden. Sp. Gew. 1035—1040. 7,5—8 pCt. Zucker. ū. 8—10 gr. in 24 Stunden. Trotz rationellen Regimes der Ernährung bleibt die Zuckermenge beträchtlich, trotz tonisirender Behandlung schreitet der Kräfteverfall fort. Der Tod tritt in Entkräftung ein zwei Jahre nach dem Beginn der Krankheit.

2) Ein 35jähriger Mann erkrankt an Diabetes in fast gleicher Weise wie der vorige, magert ebenso schnell ab. Potenz geschwunden. Harnmenge gross; 4,9 pCt. Zucker. Sehvermögen abgeschwächt, beide Papillen atrophisch. Erliegt in fast der gleichen Zeit.

3) Eine 61jährige Frau erkrankt unter gleichen Erscheinungen, die sich etwas allmählicher entwickeln; stirbt nach etwa zwei Jahren. Die Autopsie ergibt: lobuläre Pneumonie. Pancreas so atrophisch,



dass man einige Mühe hatte, seine Reste vor der Wirbelsäule zu finden. Der Kopf dünn, fibrös, Cauda sehr klein; der mittlere Theil vollständig zerstört. Ausführungsgänge mit weissen Steinen gefüllt, aus kohlensaurem Kalk bestehend.

4) 42jähriger Mann mit Syphilis behaftet gewesen, beinahe plötzlich befallen von starkem Durst und Heisshunger. Kräfteverfall. Grosse Harnmenge; zwei Jahre nach Beginn der Erkrankung 5—8 Liter in 24 Stunden; spec. Gew. 1030—1039; Zucker 500—560 Grm. Abmagerung. Stirbt nachdem käsige Pneumonie sich entwickelt. Autopsie ergiebt: Lobuläre Pneumonie und Narben von Gummata in den Lungen. Pancreas atrophisch, abgeplattet. Die Ausführungsgänge dilatirt und gefüllt mit weissem Stein; hauptsächlich bestehend aus kohlensaurem Kalk.

Um zu beweisen, dass derartige Fälle nicht zufällige Befunde sind, citirt L. eine frühere Arbeit von sich, Cowley, Chopart und Recklinghausen. — Ausser den Fällen von Diabetes mit calculöser Atrophie des Pancreas, kommen noch solche vor mit einfacher Atrophie und solche, wo das Pancreas ein Carcinom enthält, welches den Ausführungsgang obturirt. Fälle von Steinen im Pancreas ohne Diabetes giebt L. nicht zu. Weiter stützt L. sich auf die Experimente von Haller, Bouchardat und Sandras, und Claude Bernard. Der Diabetes mellitus ist nach L. keine bestimmte Krankheit. Eine bestimmte Krankheit hat eine specielle Ursache, eine eigene Entwickelung, eine constante anatomische Grundlage. Nichts davon beim Diabetes. Seine Ursache ist unbekannt, sein Lauf so unregelmässig, dass einige Patienten 40 Jahre und länger leben, während andere nach zwei oder drei Jahren erliegen. Folglich ist, was man gegenwärtig Diabetes mellitus nennt, keine einheitliche Krankheit, sondern ein pathologischer Complex. L. versucht dann zwei verschiedene Krankheiten zu unterscheiden: Den Diabetes mit Abmagerung und den Diabetes mit Fettbildung. Der Diabetes mit Fettbildung fängt gewöhnlich in einer schleichenden Weise an. Erst entsteht eine Wohlbeleibtheit, die zunimmt, ohne von Polyurie und Glycosurie begleitet zu sein. Diese letzten Symptome treten allmählig auf, ohne die Aufmerksamkeit der Patienten sehr auf sich zu lenken. Die Harnmenge übersteigt ziemlich selten vier Liter in 24 Stunden. Die Polydypsie steht im graden Verhältniss mit der Glycosurie. Diese letztere ist oft intermittirend. Die Zuckermenge übersteigt gewöhnlich nicht 15—30 Grm. Die Polyphagie tritt auch schleichend auf. Sie ist nicht stark, nur in einer fortgeschrittenen Periode der Krankheit, wenn die Autophagie anfängt sich zu offenbaren; übrigens tritt sie nur spät auf. Wenn überhaupt, so nehmen die physischen und intellectuellen Kräfte in geringem Grade ab, und Diabetiker dieser Art werden selten vollkommen impotent und können sehr oft ihren Geschäften nachgehen, wenn sie eine richtige Lebensweise innehalten. Der Verlauf dieses Diabetes ist vielmehr unregelmässig, als anhaltend und progressiv. Er zeigt Perioden der Verbesserung und der Verschlechterung, so dass er als intermittirend angesehen werden kann. Die Glycosurie hört bisweilen auf, kehrt zurück, hört wieder auf, und wird nur anhaltend und progressiv in der letzten Phase der Krankheit. Dieser Diabetes dauert 10, 15—30 Jahre



und mehr. Er endet entweder durch Störungen, abhängend von der Glycosurie (Anthrax, Gangrän der Extremitäten oder der Lungen, Phthise), oder durch Complicationen (Pneumonie, Erysipel), oder das Ende tritt auf, ohne dass man die Ursache ermitteln kann, bisweilen sehr schnell, z. B. in einer Nacht. — Bei dem Diabetes mit Abmagerung ist der Verlauf continuirlich, die Abnahme fortschreitend und die Dauer verhältnissmässig kurz. Der Tod ist so zu sagen der einzige Ausgang; er ist gewöhnlich verursacht durch eine Lungencomplication (Phthise), seltener durch Anthrax, Phlegmone oder Gangrän. Er tritt ein nach zwei oder drei Jahren. Der Diabetes mit Fettbildung beruht nicht auf anatomischen Veränderungen, die vorkommen sind accidentell. Man hat ihn also mit Unrecht in Zusammenhang bringen wollen mit einer Affection der Leber, Nieren oder selbst des Nervensystems. Der Diabetes mit Abmagerung dagegen hat in einer Anzahl Fälle immer dieselbe Störung und an demselben Organ gezeigt; diese Störung ist Atrophie, mit mehr oder weniger vollkommener Zerstörung des Pancreas. Die Prognose beim Diabetes mit Fettbildung ist verhältnissmässig günstig und beruht gewissermassen auf den hygienischen Verhältnissen. Unterwirft der Diabetiker sich einem strengen Regime, so kann er sehr lange leben. Dasselbe gilt nicht für den Diabetes mit Abmagerung, ob er sich strengen Massregeln unterwirft oder nicht, er wird seine Tage wenig verlängern. Die Ursache für den Diabetes mit Fettbildung ist unbekannt. Doch ist von vielen Seiten auf seinen Zusammenhang mit der Gicht aufmerksam gemacht. Bisweilen alterniren beide Krankheiten. Dasselbe gilt von Blasenstein. Diese sind so zu sagen Familienkrankheiten; z. B. ein Vater mit Gicht bekommt einen Sohn mit Blasenstein und einen anderen mit Gicht, einen dritten mit Diabetes. Dieser Diabetes ist sehr erblich. Die Ursachen des Diabetes mit Abmagerung sind unbekannt. In den zwei ersten angeführten Fällen ist es vielleicht das Wasser gewesen. Der Diabetes mit Fettbildung wird behandelt durch Verbieten von Amylacea, zuckerhaltende Sachen verbunden mit einem strengen Regime, weiter giebt man Glutenbrod, gebratenes Fleisch u. s. w. Bei dem Diabetes mit Abmagerung giebt man Pancreatin. Roux.

---

**Erich Harnack** (Strassburg), **Ueber das Karlsbader Sprudelsalz.** (Berl. Kl. Wochenschr. 1880. 1.)

Die sorgfältige Analyse des ächten natürlichen Karlsbader Sprudelsalzes ergab, dass dasselbe aus 99,33 pCt. Glaubersalz, 0,45 pCt. kohlensaurem Natron, 0,076 pCt. Kochsalz — also eigentlich nur aus schwefels. Natron besteht. Der feste Rückstand des Karlsbader Wassers besteht aber aus 46,6 pCt. schwefels. Natron, 25,1 pCt. kohlens. Natron, 18,9 pCt. Kochsalz. Das käufliche künstliche Karlsbader Salz entspricht diesem Mischungsverhältniss ebenfalls nicht, enthält vielmehr gleichfalls zu wenig Soda und Kochsalz. Es wäre daher besser, wenn die Pharmacopoe vorschriebe das Karlsbader Salz, welches so viel gegeben wird, nach der wirklichen Mischung des Quellenrückstandes zu bereiten, oder dass der Arzt dieselbe jedesmal vorschriebe. Jedenfalls kann das gegenwärtig käufliche natürliche (theure) Karlsbader Salz nur als Glaubersalz betrachtet werden. R.

---



**M. Schiff,** Genf, **Atelectasis medullae spinalis — eine Hemmungsbildung.** (Archiv f. d. ges. Physiologie Bd. 21. p. 328—348.)

Schiff benutzt die doppeltbrechende Eigenschaft des Nervenmarks zur Erkennung desselben mit Hülfe des Polarisationsapparates und zur scharfen Begrenzung der Degeneration nach Rückenmarksverletzungen. — Mit dieser Methode erkannte er, dass im Rückenmarke des Hundes zuweilen ein durch Fehlen der Markscheiden der Nerven charakteristischer Zustand vorkommt, welcher von Degenerationszuständen kaum zu unterscheiden ist. Die mit solcher „Atelectasis medullae" behafteten Hunde zeigten intra vitam keinerlei Functionsstörungen. Je nach dem Umfange unterscheidet Schiff Atelectasis totalis: Fehlen der markhaltigen Fasern in allen Strängen; A. segmentalis: Fehlen der Markfasern in einzelnen Strängen; A. marginalis: Die ganze Peripherie der Medulla ist marklos; der atelectatische Ring hat nahezu dieselbe Breite an allen Strängen; A. guttata: grosse runde atelectatische Flecke in allen Strängen; endlich A. circinata: durch Auftreten eines Bündels markhaltiger Fasern im Innern jeden Flecks charakterisirt.

Schiff betrachtet die Atelectasis als eine Hemmungsbildung, als ein Stehenbleiben der Fasern des Rückenmarks auf der embryonalen Phase ihrer Entwicklung. Die praktische Bedeutung des Befundes liegt darin, dass solche Atelectasen sehr leicht für Degenerationen von Strängen und für sclerotische Herde genommen wurden. — Auf Grund seiner Untersuchung der betreffenden Präparate kommt Schiff zu dem Schlusse, dass in den von Friedreich beschriebenen Fällen von Ataxie ohne Empfindungsstörungen die Hinterstränge nicht degenerirt waren, wie Friedreich geglaubt hatte, sondern den Zustand der Atelectase zeigten und dem entsprechend functionsfähig waren; der anatomische Sitz dieser Krankheitsform sei demgemäss noch zu suchen.

N. Zuntz.

---

**Satterthwaite, Multiple Tumors of the Cranial-, Spinal- and sympathetic Nerves with remarkably few Symptoms.** Multiple Tumoren der Hirn-, Rückenmarks- und sympathischen Nerven mit auffallend wenig Symptomen. (N. Y. Medic. Rec. 28. Februar, 1880. S. 239.)

In einer Sitzung der New-Yorker Pathologischen Gesellschaft zeigte S. interessante Präparate zahlloser Nervengeschwülste vor, die bei der Sektion eines 25jährigen Mädchens gefunden wurden, ohne dass darauf bezügliche Erscheinungen zu Lebzeiten aufgefallen wären. In dem 15. Lebensjahr war das Mädchen an den Pocken schwer erkrankt. In der Convalescenz trat eine Lähmung der untern Extremitäten auf, die bei electrischer Behandlung rasch besser wurde. Später stellten sich heftige Schmerzen im Verlauf der beiden Ichiadici ein. Uterinleiden und Syphilis nicht vorhanden. Bei der Aufnahme ins Spital constatirte man herabgesetzte Empfindlichkeit sowie beschränkte Beweglichkeit des rechten Fusses. Durch den constanten Strom wurde das Herumgehen bedeutend erleichtert, es blieben jedoch dumpfe Schmerzen der Beine zurück, die besonders Nachts sehr quälend waren. Etwa eine Woche nach der Aufnahme trat Uebelkeit mit Erbrechen ein,



darauf heftige Diarrhöe, die in kurzer Zeit das lethale Ende herbeiführte. Kurz vor dem Tode wurde eine grosse Geschwulst in der rechten Fossa iliaca entdeckt und die Diagnose auf Sarkom gestellt. Bei der Sektion fand man keine belangreichen Veränderungen der verschiedenen Organe (Herz, Lunge, Milz, Nieren, Gedärme). Der mannskopfgrosse Beckentumor umfasste alle Stränge der lumbalen und sacralen Plexus und war mit dem Knochen fest verwachsen. Bei genauer Betrachtung liess er sich in viele kleinere (erbsen- bis gänseeigrosse) Tumoren trennen, auch das ganze Mesenterium war mit zahllosen kleinen Tumoren besäet, die wie geschwellte Lympfdrüsen aussahen. Fast alle Nerven zeigten eine bedeutende Veränderung, Verdickung mit ausgedehnter Knotenbildung, z. B. verschiedene Zweige des Quintus, des Accessorius, der Phrenici. Am ausgesprochensten waren die Vagi afficirt, namentlich der rechte mit Anschwellungen bis zu $4^1/_2 \times 3$ cm, während die Cervicalportion des linken die Dicke eines kleinen Fingers hatte. Die Herz- und Oesophagus-Plexus zeigten ebenfalls unzählige Knötchen. Die Intercostalnerven waren ähnlich verändert, im Wirbelkanal waren keine Tumoren. An den Extremitäten war fast kein einziger Nerv normal, nur an den Händen und Füssen schien die Verdickung weniger ausgesprochen zu sein. Beide Ichiadici stellten beim Austritt aus dem Becken colossale Stränge ($6 \times 3$ cm) dar, und am linken cruralis anterior mit seinen Verzweigungen zählte man 276 Tumoren von verschiedener Grösse. Der rechte Sympathicus war in ausgedehnter Weise durch ähnliche Gebilde verändert. Der Opticus sowie der Acusticus war frei. Haut- und Muskelnerven schienen gleichmässig betheiligt, auch die Muskeln zeigten eine Veränderung, deren Charakter noch nicht festgestellt war. Die ebenfalls noch nicht abgeschlossene Untersuchung der Nervengeschwülste hatte nur eine Zunahme der bindegewebigen Bestandtheile ergeben, ohne myxomatöse Elemente und ohne eine Vermehrung der eigentlichen Nervensubstanz. Warren.

---

**W. K. Gowers, Lectures on Epilepsy.** Vorlesungen über Epilepsie. (The Lancet Nr. 11 u. 12. 1880.)

In dieser 2. Vorlesung gibt G. statistische Mittheilungen über einige Symptome der Epilepsie. — Von 840 Fällen traten die Anfälle ein nur oder fast nur bei Nacht (= Zustand des Schlafens) in 21 %, nur oder fast nur bei Tage (= Zustand des Wachens) in 43 %. Anfälle traten überhaupt ein bei Nacht in 57 %, bei Tage in 80 % der Fälle. In 1 % traten die Anfälle ein nur beim Schlafengehen, in ½ % nur beim Erwachen, in 5 % nur am frühen Morgen. In einer noch grösseren Zahl von Fällen trat der 1. Anfall am frühen Morgen ein und viele dieser Patienten hatten die Gewohnheit früh aufzustehen. Für Hystero-Epileptische galten nahezu dieselben Zahlen. Bei Epileptischen tritt der 1. Anfall etwa, bei Hystero-Epileptischen viel häufiger am Tage ein. Wenn der 1. Anfall bei Tage eintrat, traten die folgenden Anfälle nur am Tage ein in der Hälfte, nur bei Nacht in einem Siebentel der Fälle; trat der 1. Anfall bei Nacht ein, so traten die folgenden Anfälle nur bei Nacht ein in zwei Fünftel, bei Tag und Nacht in zwei Fünftel, nur bei Tage in einem Sechstel der Fälle. — Von



82 Fällen traten in 7 keine Anfälle während der Periode ein, in 29 zeigte sich kein Unterschied, in 46 waren die Anfälle während der Periode schlimmer; hiervon fiel die Verschlimmerung 17 Mal vor, 15 Mal während und 4 Mal nach der Menstruation.

Von 1000 Fällen bestand eine Aura im weitesten Sinne in 505, entweder immer oder nur zuweilen. Von diesen fand sich in 86 (17 %) eine einseitige periphere Aura, Bewegung oder Empfindung einer Bewegung, und zwar 45 Mal im Arm, (davon $^3/_4$ in der Hand), 15 Mal im Bein (davon 10 Mal im Fuss), 17 Mal im Gesicht (gleich häufig rechts und links), 5 Mal in der Zunge (immer in der rechten Seite derselben) und 2 Mal in der Seite des Rumpfes. Eine in Bewegung oder Bewegungs-Empfindung bestehende Aura trat gleich häufig in der rechten und in der linken Hand ein; die in verschiedenartigen Empfindungen bestehende (14 Fälle) doppelt so häufig in der linken als in der rechten. Die Ausdehnung und Fortpflanzung der Aura von einem Glied, von einem Theil zum anderen ist eine sehr mannichfaltige; in vielen Fällen entspricht dieselbe der Nebeneinanderlage der motorischen Centra. War die Aura unilateral, so waren die Anfälle fast immer epileptisch, nur in 9 von 76 Fällen hystero-epileptisch. In 11 Fällen begannen die Anfälle gleichzeitig in beiden Armen, 4 Mal mit Empfindung, 2 Mal mit Zucken, und zwar meistens in den Händen; 12 Mal in beiden Beinen, davon 6 Mal in den Füssen. Die in den Armen beginnenden Anfälle waren fast alle epileptisch, die in den Füssen beginnenden zum grossen Theil hystero-epileptisch. — Die Aura war eine allgemeine in 51 Fällen, allgemeines Zittern in 13, plötzliches Auffahren in 10, Uebelkeit, Schwäche, Temperatur-Empfindungen in 15, Gefühl von Ohnmacht in 14 Fällen. Die mit Zittern beginnenden waren fast alle rein epileptisch; von den mit Uebelkeit $^1/_3$, von den mit anderen allgemeinen Empfindungen die Hälfte hystero-epileptisch. — Vorboten im Gebiet des n. pneumo-gastricus wurden in 106 Fällen beschrieben; darunter 51 Mal die Aura epigastrica; mehrmals deutlicher globus hystericus; in 7 Fällen eine Empfindung im Halse, in 6 eine Empfindung von Athemnoth, in 5 eine andere Empfindung in der Brust, in 14 Nausea, mehrmals mit Würgen, 1 Mal mit starkem Hunger; in 11 Herzpalpitationen. Bei diesen Arten der Aura war der hystero-epileptische Charakter der Anfälle überwiegend. — 90 Fälle begannen mit Schwindel, darunter einige mit Gefühl der Rotation oder mit wirklicher Rotation, 5 Mal nach rechts, 10 Mal nach links. Empfindungen im Kopfe gingen den Anfällen in 50 Fällen voraus; darunter 21 Mal wirklicher Kopfschmerz, 29 Mal andere Empfindungen (Blutandrang zum Kopf, Kälte, Brennen etc., in einigen Fällen verbunden mit Schwindel); plötzliche Unfähigkeit zu sprechen in 9 Fällen. In 25 Fällen war die Aura eine psychische, bestehend 10 Mal in Erregung (Furcht, Schrecken) und 15 Mal in einer Vorstellung; die folgenden Anfälle waren fast alle rein epileptischer Natur. — Die letzte Gruppe der Vorboten bezieht sich auf Sinnesempfindungen und deren Organe, 119 Fälle; davon kamen 84 auf das Sehorgan, 7 Mal Empfindung im Bulbus, 5 Mal Doppelsehen, 26 Mal Verlust des Gesichts; eine distinkte Gesichtsempfindung in 46 Fällen, in 9 davon Empfindung von Licht, in 17 die einer Farbe; einfach roth 5 Mal,

einfach blau 2 Mal; auch in den Combinationen verschiedener Farben fand sich am häufigsten roth und blau, ausserdem grün, gelb und purpur; 14 Mal bestimmte Gesichter (Thiere etc.), in andern Fällen verband sich eine visuale Aura mit einer sensoriellen oder motorischen. Gehörswarnehmungen bestanden in 26 Fällen, Gehörsempfindungen, Verlust des Gehörs etc. In 7 Fällen kombinirte sich mit der Gehörs- eine Gesichtsempfindung zur Aura; Geschmacksempfindung ging 1 Mal, Geruchsempfindung 9 Mal den Anfällen voran.

Die in dem 1. Stadium des epileptischen Anfalls häufig vorhandene Blässe des Gesichts fehlt in einer beträchtlichen Anzahl von Fällen vollständig, so dass die durch Behinderung der Athmung hervorgerufene Cyanose die erste Veränderung des Gesichts ist. — Ein typischer epileptischer Anfall besteht zuerst aus tonischen, dann aus klonischen Krämpfen; doch giebt es keinen plötzlichen Uebergang; die klonischen entwickeln sich durch Unterbrechungen der tonischen; selten sind die Anfälle nur tonisch, manchmal nur klonisch. Die Beugung überwiegt die Streckung.

Die hystero-epileptischen Anfälle theilt G. in 4 Klassen; die 1. gleicht am meisten dem von Charcot aufgestellten Bilde der hysteria major; dabei fand G. gelegentlich Empfindlichkeit der Ovarien, doch konnte er niemals durch Druck auf dieselben einen Anfall hervorrufen, wie Charcot angibt; wohl gelang es zuweilen, den Anfall zu sistiren; niemals erotische Manifestationen; derartige Anfälle sind bei Knaben und Männern durchaus nicht selten. Opisthotonus ist dabei sehr häufig. Die 2. Klasse zeichnet sich aus durch Emprosthotonus, die 3. durch koordinirte Krämpfe mit regelmässigem Rhythmus in den Beinen (nur bei Weibern), die 4. durch intensiven respiratorischen Krampf, einen höheren Grad von globus hystericus und zu vergleichen den respiratorischen Krämpfen bei Hydrophobie. E. Bardenhewer.

---

**Mackenzie**, Cincinnati, **Three Cases of Anomalous Cardiac Disease.** Drei Fälle anomaler Herzerkrankung. (N. Y. Med. Rec. 28. Febr. 1880. S. 223.)

Verf. theilt 3 Fälle mit, bei denen das Ergebnisss der Sektion mit den Resultaten der physikalischen Untersuchung in Widerspruch stand.

1) Neger, 44 J., Koch, klagte über Dyspnöe und ein unangenehmes Gefühl in der linken Seite, in der letzten Zeit auch über Herzklopfen, Husten und schaumigen Auswurf mit Blutstreifen. Der Spitzenstoss war verbreitert, Geräusche überall, am deutlichsten an der Basis, das systolische laut und „musikalisch" auf der ganzen Vorderseite der Brust, an der Carotis und Aorta desc. vernehmbar. Keine grosse Abmagerung, geringe Cyanose der Lippen, kein Oedem, kein Eiweiss. Digitalis, Baldriantinktur und Eisen. Zwei Wochen nach der Aufnahme trat Oedem der Beine auf, die Dyspnöe nahm zu, die musikalischen Herzgeräusche wurden blasend, etwa 8 Wochen später starb Pat. Die Sektion ergab: Lungen ödematös, sonst unverändert; in allen Körperhöhlen seröse Flüssigkeit; Herz bedeutend dilatirt, Wände verdickt, Klappen intakt; Nieren und Milz unverändert; Muskatnussleber.



2) Pat. 34 J. alt, klagte über Kurzathmigkeit, Oedem der Beine und Abnahme der Urinmenge. Hatte längere Zeit Asthma gehabt und leugnete Alkoholgenuss und Syphilis ab. Bei der Aufnahme fand man: verschärftes Athmen; einen stark verbreiteten Spitzenstoss; mit dem ersten Ton ein musikalisches Geräusch, am deutlichsten an der Spitze; kein Eiweiss. Dyspnöe und Cyanose nahmen rasch zu, das Herz wurde sehr erregt und unregelmässig. Puls 130, bald darauf klein und schwach, am 3. Tage Tod. Sektion ergab: Lungen ödematös, ausgedehnte pleuritische Verwachsungen; Herz stark dilatirt und hypertrophirt, besonders der rechte Ventrikel, Klappen unverändert; im Pericardium seröse Flüssigkeit; grosse Muskatnussleber; Nieren gross, ohne Veränderungen.

3) Schreiner, 58 J., mit Symptomen eines leichten Wechselfiebers; Haut hat eine geringe ikterische Färbung; im Harn Spuren von Galle, kein Eiweiss, kein Zucker; Herzaction ruhig, Töne normal; Appetit und Verdauung schlecht; geringe Temperaturerhöhung. Der Appetit verschlechterte sich, es trat häufiges Erbrechen ein. Pat. starb, ohne neue Symptome darzubieten. Sektion ergab: Herz etwas vergrössert, Aortenklappe ulcerirt und mit Fibrinniederschlägen bedeckt, die Mitralis ähnlich aber weniger afficirt; Lungen ödematös; Leber gross, hart, in der Gallenblase ein haselnussgrosser Stein; Milz vergrössert und weich; Magen, Darmkanal und Nieren normal. Warren.

---

**Prof. A. v. Frisch, Ueber Tamponade der Trachea bei Diphtheritis.** Vortrag im Wiener med. Doctoren-Collegium. (Wiener med. Presse. 1880. Nr. 7—10.)

Durch die Impfversuche von Trendelenburg und Oertel sieht v. Frisch den Beweis erbracht, dass die Rachendiphtheritis in ihren Anfängen ein rein locales Leiden sei und findet eine wesentliche Stütze für diese Ansicht in den von Heine und Winiwarter angeführten Thatsachen, welche die Wunddiphtheritis als einen mit Schleimhautdiphtheritis identischen Prozess erwiesen. Während sich nun bei der Wunddiphtheritis die örtliche Behandlung bewährt habe, sei bis jetzt bei Rachen-, Nasen- und Kehlkopfdiphtheritis mit localen Mitteln nur wenig erzielt worden. Den Grund hierfür findet v. Frisch in der Schwierigkeit, das erkrankte Territorium, wenn einmal der diphtheritische Prozess die hintere Fläche des Velums oder die Schleimhaut der Nase oder den Kehlkopf ergriffen habe, vollständig zu beherrschen. Nur wenn die erkrankten Höhlen in all ihren Buchten und Nischen durch desinficirenden Flüssigkeiten gründlich ausgespült würden, dürfte man einen Erfolg erwarten. Dieses sei aber nur möglich, wenn die Gefahr, welche das Herabfliessen der desinficirenden Lösungen in die Luftröhre und in den Magen mit sich brächte, beseitigt werden könnte und dies würde durch temporären Verschluss des Oesophagus und der Trachea nach vorausangelegter Trachealfistel erreicht. Dieser Vorschlag sei zuerst von Trendelenburg gemacht und habe derselbe auch zwei Kinder, bei denen wegen Erstickungsgefahr die Tracheotomie gemacht worden war, nach Tamponade der Trachea und des Oesophagus durch Irrigation behandelt. Einer dieser Fälle endete mit Genesung, der andere, in dem



die **Trachea** schon von dem Prozess ergriffen war, mit dem Tode. Während in diesen beiden Fällen ein operatives Vorgehen schon durch die Tracheostenose indicirt erschien, wandte v. Frisch jenes Verfahren in einem jener Fälle ausgesprochener septischer Diphtherie ohne stenotische Erscheinungen an. Bei einem 2½jährigen Mädchen mit jauchigem diphtheritischen Belag auf beiden Tonsillen, den Gaumenbögen und Uvula, mit putriden diphtheritischen Exsudatmassen in beiden Nasenhöhlen und mit den Zeichen vorgeschrittener septischer Infection machte er die hohe Tracheotomie, tamponirte die Trachea und den Oesophagus und nahm sodann die Durchspülung der Nasen- und Rachenhöhle mit einer 2½procentigen Lösung von Tetramethylammoniumhydroxyd vor. Von den Membranen im Rachen lösten sich ganz bedeutende Massen ab. Ohne dass es zur Fortsetzung der localen Behandlung kam, ging das Kind noch vor Ablauf einer Stunde in einem plötzlich auftretenden Collaps zu Grunde. Auf seine Erfahrungen und auf Versuche an Thieren gestützt, empfiehlt v. Frisch behufs wasserdichten Abschlusses der Trachea folgende Modifikation der bekannten, von Trendelenburg empfohlenen Tamponkanüle: Statt des zur Füllung des Tampons nothwendigen Gummischlauches wird in der inneren unteren Wand der Kanüle ein Kanal geführt, der im unteren Ende der Kanüle, da wo sie vom Tampon überzogen ist, mittels einer kleinen Oeffnung in ihrer äusseren Wand endigt und andererseits nach aussen sich in eine kleine Metallröhre fortsetzt. Als Tampon dient ein Stück eines gewöhnlichen dünnwandigen Kautschuksackes (Kondoms), welches über das vertikale Stück der Kanüle gezogen und über- und unterhalb der oben erwähnten kleinen Oeffnung durch Umwickeln mit einem Seidenfaden befestigt wird, zu welchem Zwecke an diesen Stellen Furchen um die Kanüle herumlaufen. Die Kanüle ist in jenem Stück, welches von dem Kautschuksacke umgeben wird, von geringerem Kaliber, um nicht das Einführen zu behindern. Der Sack wird, nachdem die Kanüle eingeführt ist, mit einer Spritze oder einem Kautschukballon, welchen man mit einem kurzen Gummischlauch mit dem nach aussen mündenden Metallröhrchen verbindet, so weit aufgebläht, dass er ringsum an die Trachealwand angedrückt wird. Zur Tamponade des Oesophagus genüge das Einschieben eines mit einem Faden versehenen Schwammes oder grossen Wattetampons. von Frisch bespricht hierauf die Art und Weise der Entstehung der septischen Infection bei Diphtheritis und hält es für sehr wahrscheinlich, dass eine allgemeine Sepsis in zweifacher Weise zu Stande komme. Bei den perniciösen, rasch mit dem Tode endenden septischen Formen denkt er an eine direkte Vergiftung, Intoxiation, durch Aufnahme löslicher giftiger Stoffe in's Blut. Für die Fälle, in denen sich die Allgemein-Erkrankung nur allmählich entwickelt, vermuthet er eine Infection durch allmähliche Vermehrung und Verbreitung specifischer Organismen im Körper. Auch sei es möglich, dass die septischen Stoffe im Verlaufe der Krankheit ihren Charakter änderten und die zu verschiedenen Zeiten des Prozesses aufgenommenen Stoffe zu verschiedenen Formen der septischen Allgemeinerkrankung Veranlassung gäben. Die Anwendung der localen Therapie (nach Tamponade) findet v. Frisch angezeigt:

1. Unbedingt bei der als septische Form bezeichneten Diphthe-



ritis. Handele es sich dabei um jene Form der Sepsis, welche als Intoxication bezeichnet wurde, so könne durch frühzeitige Operation und einmalige genaue Durchspülung des erkrankten Terrains die Möglichkeit benommen werden, dass eine grössere, rasch tödtlich wirkende Menge der löslichen giftigen Stoffe ins Blut aufgenommen werde. Bei der als septische Infektion charakterisirten Form sei es Aufgabe der localen Therapie (neben gleichzeitig gegen die drohende Allgemeinkrankheit einzuschlagender Allgemeintherapie) durch energische Desinfektion die Produktion neuer Infektionskeime zu verhindern und die vorhandenen unschädlich zu machen.

2. Als rationell bei der croupösen Form der Rachendiphtherie, wenn gleichzeitig die Nasenhöhle erkrankt ist, da nur so eine gründliche locale Behandlung ausführbar sei.

3. Als vortheilhaft bei jeder diphtheritischen Erkrankung des Kehlkopfes, wenn die Laryngostenose einen operativen Eingriff erheische. Es werde durch desinficirende Behandlung des erkrankten Gebietes eine raschere Ausheilung erzielt und die Gefahr fortschreitender diphtherischer Infektion wesentlich beschränkt.

Die Einlegung einer Tampon- statt einer gewöhnlichen Trachealkanüle verhindere ferner das Herabfliessen des diphtheritischen Sekrets in die Bronchien und bei Gaumenlähmungen die nach Tracheotomie bei Diphtheritis zuweilen folgenden Schluckpneunomieen. Zur Vermeidung der üblen Folgen eines continuirlichen Druckes des Trachealtampons räth v. Frisch bei erforderlicher wiederholter Auswaschung den Tampon immer nur während der Durchspülung aufgebläht zu erhalten; bei einem durch mehrere Tage nothwendigen constanten Verschluss würde er die Kanüle alle 24 Stunden entfernen und durch eine andere, bald längere, bald kürzere, ersetzen, damit der Tampon in seiner ganzen Ausdehnung auf eine andere Schleimhautstelle zu liegen käme. Um die Einführung eines elastischen Katheders von der Wunde aus behufs Auswaschung des Kehlkopfes vornehmen zu können, muss die Platte der Kanüle in dem über der Kanülenmündung liegenden Theile einen möglichst tief nach abwärts reichenden Einschnitt haben. Ungar.

---

## Neue Bücher.

Bazy, Du diagnostic des lésions des reins dans les affections des voies urinaires. Paris, Doin. 4 frs.

Boureau, De l'influence de la syphilis sur la grossesse. Paris, Parent.

Bourgeois, Essay sur l'hygiène intérieure des appartements. Paris, Doin. 1 frs. 50 ctms.

Cotoni, Contribution à l'étude des abcès du cou consécutifs aux altérations du larynx. Paris, Parent.

Delcove, Note sur l'atarie locomotrice pruste. Paris, Malteste & Co.

Delface, Manuel complet des maladies des voies urinaires et des organs génitaux. II. fasc. Paris, Doin. 11 frs.

Georgeon, Rapports pathologiques de l'oeil et des organes génitaux. Paris, Doin. 2 frs.

Kijo, De la folie puerpérale. Peris, Doin. 2 frs. 50 cmts.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.



Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen nebst Titel und Register.

# Centralblatt
für
# KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigirt von

**Dr. H. Rühle,** Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

**Dr. D. Finkler,** Privatdocent und Assistent an der medicin. Klinik in Bonn.

**1880.** **3. April.** **Nro. 6.**

**Inhalt: Finkler,** Zur Behandlung der menschlichen Tuberculose mit Natron benzoicum. — Referate: **Alison,** Etiologie de la fièvre typhoide dans les campagnes. — **Beger,** Zur Casuistik der Kopfverletzungen. — **Williams,** Das Verhalten des Rückenmarks und seiner Häute bei tuberculöser und eitriger Basilarmeningitis. — **Du Castel,** Recherches sur l'hypertrophie et la dilatation des ventricles du coeur. — **Hofmann,** Blutung aus den Ohren bei einem Erhängten. — **Falkson,** Beitrag zur Functionslehre des weichen Gaumens und des Pharynx. — **Concato** u. **Perroncito,** Sur l'anchylostomiase. — **Kien,** Un singulier fait de coloration rouge groseille des urines. — **Cornil,** Sur les lésions du rein, dans l'empoisonnement lent par la cantharidine. — **Eales,** The state of the retina in one hundred cases of granular kidney. — **Kashimura,** Behandlung des Empyems durch Punction mit Ausspülung. — **Raymond,** Contribution à l'étude de la valeur nutritive des Peptones. — Ueber das Duboisin. — **Zander,** Verwendbarkeit des Schultze'schen Handgriffes bei Ertrunkenen. — **Nicolas** et **Demouy,** Empoisonnement par le laudanum de Sydenham chez un enfant de trois semaines: emploi de la respiration artificielle par le manoeuvre de bras; guérison. — **Haldemann,** Veratrum Viride as an antidote in Morphia Poisoning. — **Pasqua,** Du traitement de la blennorrhagie par l'hydrate de chloral en injections uréthrales. — **Köhnhorn,** Ueber Nachtschweisse bei Lungenphthisis. — **Wernich,** Die Luft als Trägerin entwicklungsfähiger Keime.

## Zur Behandlung der menschlichen Tuberculose mit Natron benzoicum.

Von **Dr. D. Finkler.**

Man würde sehr viel zu spät kommen, wenn man bestätigen wollte, dass die Lungenschwindsucht durch Natron benzoicum nicht geheilt werden kann, so lange ist es schon her, dass diese Unmöglichkeit mit Nachdruck bekannt geworden ist und sich die Ueberzeugung ihrer Richtigkeit Eingang verschafft hat. Durch viele glaubwürdige Mittheilungen, durch eingehende Discussionen und wohlcontrolirte Versuche war man Herr geworden über die unberechtigten Anpreisungen und überspannten Hoffnungen; da wird aufs neue die sensationelle Nachricht verbreitet, dass „Tubercel" durch Benzoate zur Rückbildung zu bringen sind. Ueber die Bedeutung solcher Entdeckung zu reflectiren, würde noch Zeit sein, wenn die Aechtheit derselben über allen Zweifel erhoben ist.

Zunächst ist die Frage der Prüfung werth, ob man wirklich in



den Salzen der Benzoesäure das Mittel besitzt „Tubercelbildung" zu verhindern oder „tuberculöse Erkrankung" zu heilen.

Wir sind nicht so glücklich, aus unseren Beobachtungen etwas registriren zu dürfen, was zu Gunsten dieses Satzes sprechen könnte. In 5 Fällen tuberculöser Ulcerationen im Kehlkopfinneren wurden mit Ausdauer die erkrankten Stellen dem Einfluss zerstäubter Lösungen des berühmten Salzes ausgesetzt. Wie stark die Lösung sei, dafür liessen wir die Empfindlichkeit der Patienten bestimmend sein; wir kamen dabei nicht unter 3-procentige, noch über 10-procentige Lösungen hinaus. Zugleich wurden innerlich durchschnittlich 5 gr pro die Natr. benzoic. verabreicht. Der eine der Patienten, welcher die am weitesten ausgebreiteten Veränderungen phthisischer Art in den Lungen trug, starb.

Die häufige Betrachtung der Stimmbänderulcerationen intra vitam hatte auch nicht ein einziges Mal eine Veränderung zum Besseren erkennen lassen; langsam aber unaufhaltsam zogen sie ihre nächste Umgebung mit in Zerfall; und als sie bei der Section zu Tage lagen, war nirgends etwas zu erkennen, was auf die Tendenz zur Narbenbildung hätte schliessen lassen; erst der Tod des Individuums hatte der Ausbreitung der Geschwürsflächen und ihrer tuberculösen Durchsetzung ein Ende gemacht.

2 Patienten verliessen die Anstalt, nachdem sie viele Wochen lang der sogenannten Therapie durch Inhalationen sich unterzogen, auch für ihre Larynxulcerationen hatte die Behandlung nichts geleistet.

2 Patienten sind noch hier. Monate lang haben sie inhalirt und innerlich Natr. benzoic. genommen. Ebensowenig als für ihre Lungenphthise hat für ihre tuberculösen Kehlkopfulcerationen irgend welcher Stillstand erkannt werden können.

Bei der einen Patientin vergrössern sich die geschwürigen Zerfallsflächen auf und zwischen den Stimmbändern, der andere Patient hat nur noch dünne Wülste an der Stelle, wo die Stimmbänder waren, und eine bis auf den Knorpel gehende Ulceration zerstört die hintere Wand der Trachea unterhalb jener.

Solche Erfahrungen bestätigen was schon von Andern gesehen und mitgetheilt worden, bei Gelegenheit der Anwendung des Natr. benzoic. gegen Phthise. Damals sagte schon Wenzel[1]): „Auf die Kehlkopfaffection in dem einen Fall, wo man doch am ehesten eine Wirkung hätte erwarten sollen, konnte eine solche gleichfalls nicht bemerkt werden".

Aber noch evidenter als in genannten Fällen liess sich der negative Erfolg in folgendem Falle demonstriren. Es kam ein Mann hierher mit „Tuberculose des Gaumens". Die Gaumenbögen, den harten Gaumen bis zu seiner Mitte bedeckte eine schmutzig grau-gelbe Zerstörung der Schleimhaut. Zahllose kleine, linsengrosse bis miliare Defecte mit grauem Boden, in ihrer Umgebung die Schleimhautbrücken

1) Aus Waldenburgs Abtheilung in der Charité. Ueber Anwendung und Wirkung des Natrum benzoicum bei Phthise von Stabsarzt Dr. Wenzel. Berl. kl. Wochenschr. 1879. Nr. 49. p. 728.

wie bestäubt mit miliaren Tuberceln. Noch war der Kehldeckel frei, im Innern des Kehlkopfes nichts krankhaftes zu entdecken. An Lungen nichts von krankhaften Veränderungen nachweisbar: eine „locale Tuberculose“. Wenn irgend wo, hier war der Platz, wo die Benzoate ihre Wirkung entfalten konnten, zumal der freilich schlechte Ernährungszustand weder durch weitergehende Infection, noch durch Erkrankung der Digestionstractus, noch durch Fiebertemperaturen schnellen Marasmus befürchten liess.

Wir begannen sofort eine locale Behandlung der erkrankten Partie, indem dreimal täglich die ganze erkrankte Schleimhautfläche mit einem feinst geriebenen Pulver von Natron benzoic. bepudert wurde. Intensiver als hierdurch schien uns die Einwirkung des Benzoates auf die Tubercel nicht wohl möglich. Nachdem diese Behandlung sechs Wochen lang fortgesetzt war, konnte nicht die Spur einer Besserung erkannt werden. Nach allen Seiten hin hatte die Durchsetzung mit neuen Tuberceln um sich gegriffen, und Stellen, welche wir beim Erscheinen des Kranken erst mit Tubercel besetzt gesehen hatten, waren lange von geschwürigem Zerfall zerstört. Der Kehldeckel war jetzt geschwellt und übersät mit miliarer Tuberceleruption, am Rande begannen zackige Defecte. Die Schlingbeschwerden hatten zugenommen und das Allgemeinbefinden sich wesentlich verschlechtert. Ganz allmählich hatten sich Fiebertemperaturen unregelmässigen Ganges eingestellt. Pat. hüstelte; die beiden Spitzen fingen an, gedämpften Percussionsschall zu geben; das Inspirationsgeräusch wurde scharf vesikulär, rauh, und die Exspiration wurde hörbar und verlängert; nicht klingende Rasselgeräusche in beiden Spitzen bis zur 2. Rippe herab. So weit kamen wir mit den fortgesetzten Bepinselungen der localen Gaumentuberculose mit Natron benzoicum in Substanz.

Aber vielleicht bringt das Aufpudern nicht alle erkrankten Stellen in genügenden Contact mit dem Arzneimittel, vielleicht war es auch zu selten geschehen. Um diesem Vorwurfe zu entgehen und weil das Aufpudern in der That gar nichts geleistet hatte, verliessen wir es, verwendeten aber statt dessen eine 10procentige Lösung von Natron benzoicum zum Gurgeln, liessen das Gurgeln 2stündlich wiederholen und um nichts zu versäumen, liessen wir noch 2stündlich 1 Esslöffel derselben Lösung einnehmen.

Noch 6 Wochen lang wurde diese Behandlungsweise fortgesetzt, da machte die inzwischen ausgebrochene Miliartuberculose dem Leben des Patienten ein Ende. — Von dem Sectionsbefunde will ich nur die Stelle hierhersetzen, welche ein Bild geben kann von der Art der Zerstörung, die an der ursprünglich erkrankten Stelle und von da fortschreitend in die nächste Umgebung sich entwickelt hatte, trotz der 12wöchentlichen beschriebenen Behandlung.

„Im Rachen grauschleimige Massen. Das Gaumensegel an der vorderen Fläche unregelmässig ulcerirt und zerklüftet. Uvula missgestaltet, mit Knötchen und Ulcerationen besetzt. Tonsillen stark ulcerirt, mit grossen Defecten versehen. Die Ulcerationen setzen sich auf die Zunge fort und gehen bis auf den aditus laryngis herab. Die rechte Hälfte des Kehldeckels ist fast ganz zerfressen. Lig. ary-epiglotticum fast vollständig zernagt. Von dem Kehldeckel aus schlagen



sich die Ulcerationen und Knötchen-Infiltrationen in den Larynxtrichter hinab bis zu den Stimmbändern. Auch die Schleimhaut der Morgagnischen Taschen ist auf der Oberfläche rauh, auf der hinteren Fläche kleine Verdickungen und Ulcerationen der Schleimhaut. Die wahren Stimmbänder sind noch eben, an ihrer unteren Fläche setzen sich kleine unregelmässige Ulcerationen fort, grösstentheils kleine flache Knötchen mit centralem Defect. Schleimhaut der Trachea nichts besonderes.

Lymphdrüsen am Halse blass; die kleineren mit zahlreichen käsigen Knötchen durchsetzt, die grösseren in Bälge umgewandelt, schmutzig graugelben Brei enthaltend, die periphere Schale mit kleinen Knötchen besetzt.“

Dies das Bild des Prozesses am ersten Herde. Allgemein bestand Miliartuberculose, welche vorwiegend in den Lungen zur Eruption gekommen war. Tuberculöse Ulceration des Gaumens, des Larynx, Miliartuberculose, so lautete die klinische Diagnose, und so lautete der Sectionsbefund.

Ob Verlauf und Befund wohl ein anderer gewesen, wenn das benzoësaure Natron noch nicht erfunden wäre? —

Es ergibt sich hieraus, dass sowohl der Prozess der Tuberkelbildung wie des Zerfalls eines von Tuberkeleruptionen eingenommenen Gewebes durch Anwendung des benzoesauren Natrons gar nicht beeinträchtigt wird.

Auch gegen die Allgemeininfection des ganzen Körpers mit Tuberkeln hat die Darreichung des Mittels durchaus nichts geleistet.

Es wird aber wohl kaum ein Fall von tuberkuloser Erkrankung mehr geeignet sein, als der mitgetheilte, um die Ohnmacht des angewandten Mittels im wahren Sinne ad oculos zu demonstriren. Ohne Schwierigkeit war hier die Betrachtung der erkrankten Stelle und die Erkennung der Abgrenzung des Prozesses jeder Zeit möglich, und demnach braucht sich die Beobachtung nicht allein zu stützen auf Vorgänge, die nur indirect durch auscultatorische etc. Symptome erschlossen werden, oder die oft nur mit grosser Unsicherheit aus dem Sectionsbefunde zurückdatirt werden können. Deshalb ist die Zuversicht so viel grösser, mit welcher man als Schluss den Satz aussprechen darf, dass die menschliche Tuberkulose durch Natron benzoicum nicht geheilt wird.

---

**Dr. Alison, Etiologie de la fièvre typhoide dans les campagnes.** Aetiologie des Typhus auf dem Lande. (Archives générales de médecine. 1880. Januar- bis Märzheft.)

A. veröffentlicht seine sehr eingehenden Untersuchungen und Aufnahmen über Typhus-Epidemieen in der Umgebung von Bacrarat (Département Meurthe et Moselle), und zwar beziehen sie sich auf 27 Communen, von denen 21 mit 49 einzelnen Typhus-Heerden während der Jahre 1870—1878 befallen wurden. Er geht die befallenen Ortschaften der Reihe nach durch und schildert den Lauf der Epidemie unter Beifügung einzelner prägnanter Krankheits-Fälle. Von der 15000 Einwohner starken Bevölkerung erkrankten 1202 (1:13) und von letzteren starben 124 (10 %). Unter den 49 Typhus-Heerden waren



9 ausgebreitete Epidemieen, 22 umschriebene Heerde und 18 Einzelfälle. Directe Ansteckung liess sich 33 Mal deutlich nachweisen, 16 Mal erschien sie sicher, obwohl sie weniger augenfällig war. Die Ansteckung erschien A. somit eine der regelmässigen Entstehungs-Ursachen der Krankheit zu sein, wiewohl sie nicht die einzige Ursache der Krankheit sei. Individuelle Disposition schien regelmässig bei sämmtlichen 49 Krankheits-Heerden mitzuspielen und zwar verhalte sich das Individuum entweder mehr passiv und unterliege der Einwirkung des Krankheits-Giftes oder es arbeite der Erkrankung gewissermaassen vor, wenn Verdruss, Ermüdung, Kummer, schlechte Ernährung u. s. w. den Körper angegriffen hätten. 8 Mal giebt er dies als alleinige Ursache an. 9 Mal erschien die Aufnahme putrider Stoffe in den Körper die bestimmte Ursache zu sein; diese Fäulniss-Stoffe fanden sich entweder in der Umgebung der menschlichen Wohnungen oder waren durch Trinkwasser u. s. w. zugeführt. 12 Mal sind atmosphärische Verhältnisse und Boden-Beschaffenheit vorwiegende Ursache gewesen. Bartold.

---

**Dr. A. Beger, Zur Casuistik der Kopfverletzungen.** (Deutsche Zeitschr. für Chirurgie XII. 6. S. 509.)

Während einer kleinen Epidemie von Meningitis cerebro-spinalis auf der Leipziger inneren Klinik wurden auf der chirurgischen sechs Kopfverletzungen behandelt. Ein Kranker (Schädelbruch mit Zerreissung der art. meningea media) starb innerhalb der ersten 24 Stunden; vier von den anderen boten meningitische Erscheinungen dar und zwar zwei als directe Folge des Trauma, bei den zwei anderen mussten die Symptome der Hirnreizung als durch den genius epidemicus modificirt angenommen werden. Der 6. Fall (Basisfractur mit schweren Commotions-Erscheinungen) verlief ohne Fieber und meningitische Erscheinungen, ging jedoch in Delirium acutum mit Geistesverwirrtheit über.

B. theilt die Krankengeschichten der 4 obigen Fälle genauer mit.

1) Beule entstanden durch Schlag auf die Stirn. Patient arbeitete trotz Kopfschmerzen acht Tage lang, worauf mit Schüttelfrost die Symptome einer Meningitis cerebro-spinalis eintraten, welche in ungefähr 6 Wochen in Heilung überging.

2) Tiefe, mehrere cm lange Risswunde in der Mitte der Stirn, der sich Erbrechen, Fieber, Kopf- und Kreuzschmerzen, Harnverhaltung, Stuhlverstopfung, Herpes labialis hinzugesellten, welche Erscheinungen nicht als traumatische Meningitis aufgefasst werden, da schon nach 17 Tagen Heilung eintrat.

3) Nach Fall die Treppe herunter Bewusstlosigkeit, Erbrechen, Pulsverlangsamung, keine äussere Wunde, Fractur nicht nachweisbar; linke Augenlider geschwollen, Sugillationen der sclera und des harten Gaumens; Hyperaesthesieen der Haut, keine Lähmungen, Harnverhaltung, Fieber, Delirien, Herpes der Lippen und Wangen; nach 16 Tagen Heilung.

4) Wunde des Kopfscheitels, Fractur des Schädels mit Depression, Fieber, Unruhe, Bewusstlosigkeit, Starre der Wirbelsäule und Beine, Trismus, Herpes labialis; nach 6 Tagen Tod. Die Section ergab ausser der Fractur des Schädels reichliche bereits adhärente Blutgerinnsel



zwischen Schädel und Dura; die pia mater ohne entzündliche Veränderungen; die oberflächlich gelegenen Schichten der grauen Rinde der gyr. prae- und post-centralis beiderseits mit Blutungen durchsetzt; grössere Blutung in der oberen Frontalwindung; ausserdem an der unteren Fläche des linken Schläfenlappens zwei Heerde aus zertrümmerter Hirnsubstanz und Blut; Pleuritis, Verschluckungspneumonieen in den unteren Lungenlappen.

B. hebt bei diesem Falle hervor, dass die Starre des Rückens, der Beine und der Kaumuskeln bei normaler Bewegungsfähigkeit der Arme bestand und erklärt es als wahrscheinlich, dass die Starre als Symptom der Funktionsstörung des motorischen Centrums für die untere Extremität (nach Hitzig und Fritzsch der gyrus praecentralis) anzusehen ist, da die Section Verletzung des gyrus praecentralis auf beiden Seiten nachwies. B. erwähnt noch kurz eines Falles von Meningitis in Folge pyämischer Hirnembolie, der zur selben Zeit beobachtet wurde und bei welchem am 6. Tage in der Agone Herpes labialis auftrat. Das Auftreten des Herpes in den 5 Fällen (bei vieren am 5. bis 6. Tage, bei einem am 3. Tage) wird von B. auf das gleichzeitige Herrschen der Meningitis cerebro-spin. bezogen. Zum Schlusse wird noch eine Krankengeschichte einer operativen Verletzung (Trepanation wegen Epilepsie) angereiht. Die Epilepsie war 3 Jahre vorher nach einer Perforation des Schädels durch einen spitzen Hammer eingetreten. In der Vermuthung, dass ein Gehirnabscess die Ursache sei, wurde die Trepanation an zwei Stellen ausgeführt, die dura mater eingeschnitten und in das Gehirn selbst eingestochen, ohne dass ein Abscess gefunden wurde. Der Patient behauptete nach dieser Hirnverletzung, die Beine wären ihm wie gar nicht vorhanden und er könne dieselben nicht bewegen; wenn er jedoch seine Beine besah, konnte er sie ohne jede Coordinationsstörung leicht bewegen. Durch Experimente an Leichen hat B. sich überzeugt, dass die Stiche ins Gehirn in diesem Falle auch die Hitzig'schen Centra für die Beine getroffen haben.

Doutrelepont.

---

**Dr. A. C. Williams** aus London, **Das Verhalten des Rückenmarks und seiner Häute bei tuberculöser und eitriger Basilarmeningitis.** (D. Arch. f. klin. Medicin Bd. XXV. H. 2. u. 3. pg. 292.)

Bei der Basilarmeningitis sind nicht allein die Gehirnhäute erkrankt, sondern es erscheinen entzündliche Prozesse in der Pia mater und Arachnoidea des Rückenmarks und in der Substanz der Medulla spinalis selbst. Gewisse Symptome der Basilarmeningitis werden erst durch diese Localisation erklärt. (Schultze.) Zur Bestätigung dieser Befunde theilt Williams 3 Fälle aus der Friedreich'schen Klinik mit.

Im 1. Fall bestanden neben den Gehirnerscheinungen Kreuz- und Rückenschmerzen, Rückensteifigkeit; später herumziehende Schmerzen in beiden Beinen, endlich Lähmung der beiden rechtsseitigen Extremitäten. Die Autopsie ergab eine sehr bedeutende Betheiligung der Rückenmarkshäute und des Rückenmarks, „so dass es völlig willkürlich wäre, nur von einer Basilarmeningitis zu reden. Eine nicht unbeträchtliche Myelitis hat sich zu der Meningitis spinalis noch hinzugesellt". Aus dem frühzeitigen Auftreten der spinalen Symptome ist zu schlies-



sen, dass das Gesammtsystem der Meningen mit ihren Gefässen mindestens ziemlich zu gleicher Zeit erkrankte.

Für einen zweiten Fall, meningitis tuberculosa cerebrospinalis, ergab die Section, dass die Arachnoidealblättchen des Rückenmarks in der ganzen hinteren Partie bes. im Dorsaltheil stark getrübt und infiltrirt waren, in gleicher Weise wie die Gehirnmeningen. Die Substanz der med. spinal. sehr weich. Die sonst gewöhnlichen Rückenschmerzen waren wegen der frühzeitigen Somnolenz nicht zur Perception gekommen.

Bei der Section des 3. Falles fand sich die Gehirnsubstanz weich, durchfeuchtet, eitrige Meningitis; im Rückenmark eitrige Infiltration der hinteren Abschnitte der Arachnoidea bes. in Hals- und Dorsaltheil. Auch hier hatten sich die Druckerscheinungen von Seiten des ödematösen Gehirns so frühzeitig eingestellt, dass die vorhandene eitrige Leptomeningitis der Gehirn- und Rückenmarkshäute nahezu symptomenlos verlief. Finkler.

---

**Dr. Du Castel, Recherches sur l'hypertrophie et la dilatation des ventricles du coeur.** Untersuchungen über Hypertrophie und Dilatation der Herz-Ventrikel. (Arch. génerales de médecine Januar. 1880).

Um die Beeinflussung der einzelnen Herz-Hälften durch verschiedene Krankheiten kennen zu lernen, hat Verf. während eines Jahres an 42 Leichen das Gewicht des ganzen Herzens sowie jedes Ventrikels, Capacität derselben, Alter und Krankheit festgestellt. Die Messung des Inhaltes geschah so, dass das Herz an 4 Fäden an dem betreffenden Herzohr frei aufgehängt wurde, die Mündungen der grossen Gefässstämme waren von den Klappen ab durch einen Kork verschlossen. Durch die mitralis bez. tricuspidalis wurde der Ventrikel gefüllt, Luftblasen entfernt und nun diese Flüssigkeit, durch ein in der Ventrikel-Wand gemachtes Loch abgeflossen, gemessen. Das Volumen der etwa im Ventrikel vorhandenen Gerinnsel wird im Wasser bestimmt und zugerechnet. Zur Bestimmung der Muskulatur zog er das Wiegen der Dicke-Bestimmung vor. Das ziemlich schwierige Verfahren der Trennung der Herzhälften war folgendes: Er schnitt die Herzohren ab sowie sämmtliches Fett, dann trennte er die Ventrikel, indem er sorgfältig der Linie folgte, wo sich beide an einander ansetzen, schnitt die rechten Papillar-Muskeln in der Höhe ihrer Insertion in die Herzscheidewand ab, die gesammte Herzscheidewand liess er am linken Ventrikel, weil er mit Cruveilhier der Ansicht ist, dass sie zum linken Herzen gehört. Das gesammte Gewicht des Herzens schwankte nach seinen Tabellen zwischen 170 und 800 gr. Als Mittel aus 4 Herzen von Leuten die im blühenden Alter rasch an einer acuten Krankheit gestorben waren, findet er das Normalgewieht ebenso wie Bouillaud 250—280 gr. Der linke Ventrikel allein 150—190 gr, der rechte 45—60 gr. Schwankungen ausserhalb dieser Grenzen blieben im Bereich des physiologischen, nur wenn der rechte Ventrikel über 65 gr wiege, sei Hypertrophie vorhanden. Das Gewichts-Verhältniss zwischen beiden Kammern sei wie 100 : 262 oder der linke wiege etwa 2½ Mal so viel als der rechte. Die Messung der Capacität der Herzhöhlen gebe noch mehr schwankende Resultate, der linke fasste 16—148 ccm



der rechte 35—160, so dass ein Mittelwerth ein unsicheres Ergebniss ist. Entgegen früheren Ansichten schliesst er aus seinen Untersuchungen, dass das Herz-Gewicht im Alter, selbst über 60 Jahre hinaus, stetig zu- und nicht abnehme. Die Capacität des linken Ventrikels vermehre sich dabei und komme oft der des rechten gleich, vielleicht in Folge der verminderten Arterien-Spannung oder der Muskelschwäche des Herzens. Die Beurtheilung von Hypertrophie und Dilatation in Krankheiten sei schwierig, weil bestimmte Mittelwerthe fehlten. Er fand jedoch bei seinen 14 Phthisikern ein geringes Herzgewicht (linker Ventrikel 115—155 gr, rechter 45—60 gr) und will in Folge dessen die sonst behauptete Hypertrophie des rechten Ventrikels nicht zugeben, wenigstens bei Phthise, die nicht mit bedeutenderen Pleura-Verwachsungen combinirt sei. Das Herz sei klein, weil die Kranken meist in ihrer Jugend an Phthise stürben. Bei chronischen Lungenaffectionen fand sich Hypertrophie rechts, doch keine Dilatation, weil die Capacität beider Ventrikel, obwohl erhöht, in gleichem Verhältniss bleibe. Bei 4 Schwangeren fand er nicht die sonst behauptete Hypertrophie und Dilatation. Nierenentzündung hatte das grösste Herzgewicht von 800 gr. Das Verhältniss des rechten zum linken Ventrikel war wie 100 : 308 bez. 433 bez. 521, und die Capacität links die der rechten Seite überschreitend, also bestand Hypertrophie mit Dilatation. Hypertrophie des linken Ventrikels ist bei den Herzfehlern constant. Bei Stenose der Aorta, Insufficienz der Aorta und mitralis, und bei Erkrankungen der Aorta. Hypertrophie des rechten Ventrikels ist die gewöhnliche Folge derjenigen des linken, mit der er immer vergesellschaftet ist und entsteht wahrscheinlich durch Hypertrophie der Commissurfasern, die in das rechte Herz übergehen. Der rechte Ventrikel hypertrophirt selbstständig bei Stenose des ostium ven. sin. und bei chronischen Lungen-Affectionen. Acute fieberhafte Krankheiten influiren mehr die Muskel-Faser als das Muskel-Volumen, desshalb können acute Dilatationen bei infectiösen Krankheiten in sehr hohem Fieber (bei ihm in einem Fall von Scarlatinahaemorrhagie) vorkommen. Auch nach seinen Untersuchungen ergiebt sich, dass die Hypertrophie mit oder ohne Capacitäts-Vermehrung einhergehen d. h. bez. concentrisch sein könne. Bartold.

---

**Prof. E. Hofmann, Wien, Blutung aus den Ohren bei einem Erhängten.** (Wiener med. Presse 1880. Nr. 7—11.)

Mässige Blutung aus den Ohren eines 68jährigen erhängten Selbstmörders stammte, wie die Obduction ergab, aus der hintersten Partie der Cutisauskleidung der äusseren Gehörgänge und war dem ganzen Sachverhalt nach anzunehmen, dass die hochgradige Blutstauung am Kopfe zu subepidermoidalen Blutungen mit Durchbruch des ausgetretenen Blutes durch die Epidermis geführt habe. Das Trommelfell war beiderseits, wie Hofmann vorausgesetzt hatte, unverletzt; die Paukenhöhlen waren blutleer, ihre Schleimhaut injicirt. Die Conjunktiven und die Kopfhaut zeigten zahlreiche Ecchymosen. An diesen Fall anknüpfend erörtert Hofmann auf Grund der einschlägigen Literatur und seiner eigenen Beobachtungen eingehend die Blutung und Ecchymosenbildung



in den Ohren Erhängter resp. Erstickter. Das Resultat dieser Betrachtungen lässt sich in folgenden Sätzen zusammenfassen: Blutungen aus den Ohren Strangulirter resp. überhaupt Erstickter sind äusserst selten. Ruptur des Trommelfells als Ursache der Blutung findet sich dreimal in der Literatur verzeichnet. Gegen die von Zaufal für das Zustandekommen der Trommelfellrupturen bei Erhängten gegebene Erklärung: Hinaufdrängen des Zungengrundes, Compression der Tubenmündung, starke Luftverdichtung in der Paukenhöhle, lässt sich einwenden, dass Nichts die Luft hindert im Moment der Constriktion des Halses durch die Nasenhöhle zu entweichen, dass daher eine so heftige Compression der Paukenhöhlen-Luft, wie sie zur Ruptur des Trommelfells erforderlich ist, nicht leicht zugegeben werden kann. Die verhältnissmässige Zartheit und der Gefässreichthum der Cutis der hintersten Partie des äusseren Gehörganges und des Trommelfells begünstigt den Eintritt bis zur Ecchymosenbildung gehender Stauungshyperämie. Dass für die Entstehung von Ecchymosen in den Schleimhäuten und der Cutisauskleidung des Ohres beim Erstickungstode besonders günstige Bedingungen geboten sind, ist bei der venösen Stauung und der hochgradigen Blutdruckerhöhung, mit welcher der Erstickungstod einhergeht, wohl begreiflich. Die Vermuthung, dass sich dieselben bei dieser Todesart ebenso häufig finden, wie die ihnen analogen an der Conjunctiva und in den weichen Schädeldecken findet Hofmann, seitdem er darauf achtet, bestätigt. Ecchymosenbildung im Mittelohr erstickter Neugeborener glaubt Hofmann zu den nahezu constanten Befunden zählen zu können. Ecchymosen in der Schleimhaut der Paukenhöhle am Trommelfell und im äussern Gehörgange sind insbesondere dann zu erwarten, wenn die Bindehäute solche zeigen und Cyanose besteht; also häufiger bei den Erstickungsformen, welche für die Entstehung von Stauungshyperämien am Kopfe besonders günstige Bedingungen bieten, bei dem Tode durch Erwürgen, Erdrosseln oder durch Erdrücken, seltener bei dem Tode durch Ertrinken und durch Erhängen. Dadurch, dass beim Erhängungstode plötzlich eine Compression sämmtlicher Halsgefässe eintritt, wird eine stärkere Blutstauung im Kopfe verhindert. Werden wegen asymmetrischer Lage des Stranges nur die Gefässe auf der einen Seite des Halses intensiv comprimirt oder trifft die Compression mehr die Venen und weniger die Arterien oder diese später als jene, dann sind für die Entstehung von Stauungserscheinungen am Kopfe besonders günstige Bedingungen gegeben und wird man dann auch Ecchymosen im äusseren und inneren Ohre zu finden vermögen. Das Vorhandensein oder Fehlen auffallender Hyperämieen und Ecchymosen im inneren oder äusseren Ohre beweist demnach weder für sich allein den Erhängungstod, noch schliesst es denselben aus. Wie man überhaupt beim Erstickungstode leicht Schleimhautblutungen antrifft, so fand Hofmannn im Lumen des Cavum tympani erstickter neugeborener Kinder wiederholt freies Blut. Dass es bei intensiver Blutstauung zum Durchbruch der subepidermoidalen Blutungen im äusseren Gehörgange durch die dünne Epidermis kommen kann, ist leicht einzusehen. Ungar.



**Falkson, Beitrag zur Functionslehre des weichen Gaumens und des Pharynx.** (Virchows Archiv Bd. LXXIX Heft 3 S. 477.)

Bei einer Patientin, der wegen eines Carcinoms die rechte Orbitalhöhle ausgeräumt und die ganze mediale Orbitalwand bis zum Septum narium entfernt worden war, konnte Verf. bei entsprechender Beleuchtung von der Nasenhöhle aus den weichen Gaumen von oben beobachten. Er studirte die Bewegungen desselben beim Aussprechen von Vokalen, beim Singen, Schnarchen und Schlucken. Ein Hebelapparat schrieb die Bewegungen auf. Bei jedem Wort und Buchstaben, von dem Pat. gesprochen, hob sich das Gaumensegel, von Vokalen am höchsten bei u. Diese Hebungen sind typisch, können daher nicht untergeordneter Natur sein. Einfluss auf die Höhe der Hebungen hat nur die Deutlichkeit der Aussprache, je deutlicher, desto erheblicher die Excursion. Ob das Wort leise oder laut gesprochen wird, bedingt keinen Unterschied. Demgemäss ist beim Singen die Hebung nicht bedeutender. Das Gaumensegel legt sich, beim Sprechen nicht völligen Abschluss bedingend, an die hintere Rachenwand an, besonders bleibt bei Aussprache des a ein relativ beträchtlicher Zwischenraum. Es kann also die näselnde Sprache nicht aus dem unvollkommenen Abschluss der Rachen- von der Nasenhöhle erklärt werden. Beim Schnarchen geräth das gehobene Gaumensegel in eine flottirende, zitternde Bewegung. Das Schlucken bedingt eine erhebliche Hebung des Segels; dasselbe wird deutlich nach oben convex. Gleichzeitig rücken die Seitenwände des Rachens zusammen und der Querwulst der hinteren Wand wird stärker. Es entsteht so völliger Abschluss der Nasenhöhle gegen den Rachenraum, der bei schwierig zu schluckenden Gegenständen, auf Augenblicke unter etwas erschlaffender Contraction der ermüdeten Muskulatur, aufgehoben wurde, um gleich darauf wieder hergestellt zu werden. Ribbert.

---

**L. Concato & E. Perroncito (de Turin), Sur l'anchylostomiase.** (Comptes rend. T. 90. Nr. 11. p. 619).

In der Klinik von Concato wurden binnen wenigen Tagen drei mit Anchylostomum behaftete Individuen aufgenommen; die Untersuchung der Faeces liess auf massenhafte Anwesenheit der Parasiten im Darme schliessen und dem entsprach der Zustand der Patienten, welche im höchsten Grade anaemisch waren. — Alle 3 Kranke waren als Arbeiter am Gotthardtunnel beschäftigt und ihrer Aussage nach litten hunderte ihrer Kameraden an der nämlichen Krankheit. P. fand, dass eine Temperatur von 45—46° C. den Parasiten tödtet und hofft darauf eine Therapie der gefährlichen Krankheit basiren zu können.

N. Zuntz.

---

**Kien, Un singulier fait de coloration rouge groseille des urines.** Ein Fall von Rothfärbung des Harns. (Gazette médicale de Strassbourg. Nr. 1. 1880. p. 12.)

Eine sehr nervöse Dame zeigte Kien ihren Harn, worin sich ein Niederschlag befand, welcher grosse Aehnlichkeit hatte mit Johannisbeeren-Syrup. Fürchtend, dass ein hysterischer Betrug vorliege, bat K. um ein wenig frischen Harn. Dieser war normal: blass



gelb, reagirte sauer, enthielt kein Eiweiss, keinen Zucker, war vollkommen klar. Drei Tage nachher wurde K. wieder wegen desselben Niederschlages gerufen. Jetzt bat er die Kranke, den Harn von den verschiedenen Malen in gesonderten Gläsern aufzubewahren, und untersuchte diesen ebenso wie den in seiner Gegenwart gelassenen. Die letzte Probe war klar, vollkommen ähnlich dem, welchen er früher gesehen hatte. Die vorletzte Probe enthielt eine weissliche flockige Wolke, von dem unteren Theile ausgehend; die vorher gelassene auf dem Boden des Glases und ähnlichen Wolken beigemischt die rothe Substanz in Form von kleinen Haufen, mehr weniger mit einander verbunden; in den ältesten zwei Gläsern stieg diese Substanz höher auf. Chemisch und microscopisch untersucht fand man nur Pilzsporen und Crystalle von phosphorsaurer Ammoniak-Magnesia; keine Spuren von Blut oder Schleim, noch Zucker. Der letzte, frische Harn wurde aufbewahrt um zu sehen, ob auch darin die rothe Substanz auftreten würde. Allmählig geschah dieses, und am nächsten Tage fand man diese auf dem Boden des Glases. Bewegen des Glases brachte die rothe Substanz zum Verschwinden; die Flüssigkeit war trübe und man sah eine grosse Zahl Crystalle sich darin bewegen, mit grünem und gelbem Reflexe, mit allen möglichen Nüancen umgeben. Nachher erfuhr K., dass die Kranke 5 Tage, und kurz vor dem Auftreten der Farbe, täglich 30 cgr Santonin verbraucht hatte. Er meinte dass dieses die Ursache des Phänomens war, und dass in dem Reichthum des Harns an phosphorsaurer Ammoniak-Magnesia-Crystallen, und in ihrer Gruppirung, wodurch eine besondere Reflexion und Refraction der Lichtstrahlen entstand, die Erklärung der rothen Farbe zu suchen sei. Das Verschwinden derselben durch Bewegung schien ihm seine Meinung zu bestätigen. Roux.

---

**M. V. Cornil, Sur les lésions du rein, dans l'empoisonnement lent par la cantharidine.** Ueber die Nierenaffectionen bei langsamer Cantharidinvergiftung. (Comptes rendus 90. pag. 536—539.)

Verfasser hat schon früher [C. r. 26. Januar d. J.] die Exsudation einer an weissen Blutkörperchen und Körnchenhaufen reichen Flüssigkeit in die Kapsel der Glomeruli als erste Wirkung der acuten Cantharidinvergiftung erkannt. Bei nicht tödtlicher Dosis gerinnt dieses Exsudat in 20—30 Stunden zu einem Maschenwerk, welches zwischen Bowman-scher Kapsel und Gefässknäuel liegt und die genannten Formelemente einschliesst. Das Kapselepithel ist geschwollen. Chronische Vergiftung wurde bei Hunden erzielt, indem man einen Monat lang alle zwei bis drei Tage nicht tödtliche Cantharidindosen reichte, welche jedesmal Diarrhoe und Erbrechen, sowie Eiweiss, rothe Blutkörperchen und hyaline Cylinder im Urin bewirkten. Das Bild der Nieren glich durchaus dem, welches man beim Menschen nach Scharlach u. dergl. beobachtet. Die Bildung der hyalinen Cylinder aus dem Exsudat in den Glomerulis konnte constatirt werden. — In vielen Organen entwickeln sich analoge Entzündungserscheinungen wie in der Niere; so auf der Schleimhaut des ganzen Darmkanals (bei subcutaner Applikation); ferner in den Bronchien, im Parenchym der Leber. Als letzte Ursache aller



dieser Erscheinungen erkennt der Autor eine Veränderung der Intima der Gefässe. (Vgl. die analogen Beobachtungen und Experimente von M. Nussbaum, Pflüger's Archiv, Bd. 16 p. 139 und H. Ribbert, Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1879 Nr. 47.) N. Zuntz.

---

**Henry Eales, The state of the retina in one hundred cases of granular kidney.** Der Zustand der Retina in hundert Fällen von Granular-Niere. (The Birmingham Medical Review, January 1880.)

Von 100 Fällen von Granular-Niere, diagnosticirt von Dr. Saundly fand E. (Atropin, direkte Methode) in 28 Veränderungen der Retina; ausserdem war in 1 die Papille abnorm roth, in 2 abnorm blass; im Ganzen also 31 Fälle. Von den 100 Patienten klagten 28 über Abnahme des Seh-Vermögens, davon fanden sich bei 6, 18 gaben an, ihr Seh-Vermögen sei gut, davon fanden sich bei 5 Veränderungen der Retina; dieselben bestanden 12 Mal in beiden Augen, 16 Mal in einem (einmalige Untersuchung), zeigten in 20 Fällen die atrophische Form, betrafen zum grossen Theil — 43 % — Pat. zwischen 55 und 65 Jahren und sind nach E. verursacht durch veränderten Zustand des Blutes, wie bei perniciöser Anämie, Leukocythämie und Diabetes.

E. Bardenhewer.

---

**Kashimura,** in Tokio-Japan, **Behandlung des Empyems durch Punction mit Ausspülung.** (Berl. klin. Wochenschr. 1880. Nr. 3.)

Das Instrument, mit welchem der Einstich gemacht wird, ist ein Troikart mit Hahn, oberhalb welches seitlich zwei gegenüberstehende Röhren abgehen, die mit Gummischläuchen in Verbindung sind. Der eine Gummischlauch mündet in ein Irrigatorgefäss, der andere frei nach unten taucht in ein Gefäss, beide werden mit Thymolwasser (1 p. Mill) gefüllt, die Schläuche abgeklemmt und nun eingestochen. Ist das Stilet herausgezogen, wird der Hahn des Troikarts geschlossen, die Klemmen des nach abwärts hängenden Schlauches geöffnet. Der Inhalt der Pleurahöhle fliesst jetzt in das mit Thymolwasser versehene Gefäss. Sind 500—1000 ccm entleert, so schliesst man die Klemme und öffnet die andere, um blutwarmes Thymolwasser aus dem Irrigator einfliessen zu lassen. Wird der Abfluss träge, so schliesst man diese Klemme und lässt wieder durch die erstere abfliessen. Dies wiederholt man, bis aus der Pleurahöhle nur noch Thymolwasser fliesst, aller Eiter also ausgespült ist. Es bleibt nun eine gewisse Menge Thymolwasser im Thorax zurück. Die Einstichstelle wird mit Heftpflaster geschlossen. Alle paar Tage wird eine Probepunction gemacht, so lange noch grössere Flüssigkeitsmengen durch die Percussion nachzuweisen sind. Ergiebt sich wieder Eitergehalt, so wiederholt man die obige Procedur, was meist nicht nöthig wird. Drei Krankengeschichten mit günstigem Erfolge werden mitgetheilt, in 3—4 Wochen nach der Operation waren die Kranken entlassungsfähig. R.

---



**Dr. Raymond, Contribution à l'étude de la valeur nutritive des Peptones.** Beiträge zum Studium des Nährwerthes der Peptone. (L'Union medicale Nr. 24. 1880.)

Um die Frage zu beantworten, ob die Peptone ein Nahrungsmittel seien, und ob sie gleichen Werth haben mit der stickstoffhaltigen Nahrung, woraus sie entstanden sind, bespricht R. erst die betreffenden Versuche von Plòsz, Maly, Fauconnier und Adamkiewicz und meint aus folgenden Beobachtungen, dass die Peptone, in den Magen gebracht, gleichen Werth haben mit der Stickstoffnahrung woraus sie entstanden sind, und, dass die Ernährung durch den Dickdarm geschehen kann.

Die erste Beobachtung betrifft einen 38jährigen Mann, der, nach einem sechsmonatlichen Aufenthalt am Senegal, schwere Störungen der Digestion hatte. Unter dem Einfluss grosser Nervosität verschlimmerte sich sein Zustand, und bald konnte er keine feste Nahrungsmittel mehr vertragen. Nach allen möglichen Regimen und Behandlungsweisen kam er am Ende dazu, nur Zuckerwasser und Wein zu sich zu nehmen. Die Kräfte, die ihm übrig geblieben waren, waren hierdurch bald erschöpft. Jede feste Nahrung wurde erbrochen, selbst Milch. R. erklärte die Dyspepsie durch Atonie und Mangel an Magensaft. Nach einigen Versuchen bekam man den Gedanken, ihn einer ausschliesslichen Peptonernährung zu unterwerfen. Jeden Tag bekam er 125 gr Pepton von Defresne. Unter diesem Regime kamen die Kräfte und Wohlbeleibtheit zurück. Zwei Jahre dauerte diese Behandlung; nach dieser Zeit konnte er wieder feste Nahrung vertragen.

Die zweite Beobachtung gilt einer 56jährigen Frau mit Carcinoma Ventriculi. Im Anfang war die Ernährung schwer, später ward sie unmöglich. Man versuchte Clysmata mit Wein und Bouillon, aber die Kranke wurde jeden Tag schwächer. Deshalb begann man Clysmata mit Pepton zu appliciren, so dass täglich 2 Mal 45 gr Pepton zur Verwendung kamen. Während 4 Monate dieser Ernährung nahm die Abmagerung nicht allzusehr zu. Der Fall soll einestheils den Nährwerth der Peptone, anderentheils die Möglichkeit ihrer Aufnahme vom Dickdarm aus illustriren. Roux.

---

**Ueber das Duboisin.** (Pharm. Zeitung 1880. Jahrg. XXV. Nr. 20. S. 148.)

Nach den, von Ladenburg in Kiel angestellten, in den Berichten der chem. Gesellschaft (XIII. 257) mitgetheilten Untersuchungen ergiebt sich für die chemische Natur des Duboisin die Identität mit Hyoscyamin. Die durch Zersetzung des Goldsalzes mit Schwefelwasserstoff hergestellte reine Base gab in der Analyse gleiche Zahlen wie die für die Hyoscyaminformel berechneten. Schulz.

---

**Zander, Verwendbarkeit des Schultze'schen Handgriffes bei Ertrunkenen.** (Wiener Med. Blätter, 11. März 1880. S. 268.)

Da bei Ertrunkenen ganz dieselben Verhältnisse vorliegen wie bei scheintodten Neugeborenen, wendet Z. den bekannten Handgriff auch



hier an. Er will damit den besten Erfolg erzielt haben und „glaubt daher, dass die zeitige und energische Ausführung desselben unter den Wiederbelebungsversuchen in erster Stelle empfohlen zu werden verdiene“. Angaben über die Methode der Ausführung bei Erwachsenen fehlen. Warren.

---

**Nicolas et Demouy, Empoisonnement par le laudanum de Sydenham chez un enfant de trois semaines: emploi de la respiration artificielle par le manoeuvre de bras; guérison.** Vergiftung mit Laudanum bei einem Kinde von drei Wochen: künstliche Respiration durch Armmanöver, Heilung. (Gazette med. de Paris. 1880.)

Aus Unachtsamkeit wurde einem Mädchen von 3 Wochen wenigstens 5,0 gr Laudan. gegeben. Das Kind war stark, gesund, die Luftwege ganz frei. Es wurde sofort ein Emeticum verschrieben. Auch dessen Quantum wurde aus Unachtsamkeit auf einmal gegeben. Die Vergiftung fand Morgens 9 Uhr Statt. N. verschrieb ein Decoct von Galläpfeln und reichlich Kaffee. Dann wurde abgewartet. Um 11 Uhr trat ein wenig Somnolenz und Nausea ein, begleitet von Convulsionen, wonach das Kind in einen Zustand der Erschlaffung verfiel. In diesem Zustande der Syncope hörte das Herz auf zu schlagen. In den ersten 12 Stunden war kein Erbrechen, kein Stuhl und kein Harn da. Während der Anfälle wurde das Kind zwischen den Knieen gehalten und künstliche Athmung gemacht durch Armmanöver etc. Um 7 Uhr Abends schien die Somnolenz nachzulassen, das Kind öffnete die Augen. Den nächsten Tag trat starke Reaction ein. Das vorher blasse Kind wurde roth, Puls 180. Nachher traten Bewegungen ein durch Befeuchten der Lippen mit ein wenig Branntwein: danach konnte man dem Kind ein wenig Milch mit 1 oder 2 Tropfen Madeirawein oder Branntwein beibringen. Hiermit wurde fortgefahren bis ein Uhr Morgens. Nach dieser Zeit war das Kind genügend hergestellt und konnte die Brust nehmen. Den vierten Tag war das Kind vollkommen geheilt. Roux.

---

**Haldemann, Veratrum Viride as an antidote in Morphia Poisoning.** Veratrum Viride als Antidot bei Morphinvergiftung. (Ref. in Lond. Med. Rec. March 1880 S. 92.) [Ref. bezieht sich auf Cincinnati Lancet and Clinic Dec. 6. 1879.]

Bei einem kleinen Kinde, das schon 6 Stunden in tiefster Laudanum-Narkose gelegen hatte, wandte H. die Tinctura Veratri Viridis an. Er verschrieb 0,13 der Tinctur (Ph. Amer. 1 : 2) auf 100,0 Wasser und liess stündlich einen Theelöffel voll nehmen, die Narkose wurde durch die dritte Dosis zum Verschwinden gebracht. Die verordnete Dosis sei $^{7}/_{12}$ Tpfen grösser als man gewöhnlich geben würde. — Aus der Praxis eines Collegen wird ein ähnlicher Fall mitgetheilt. Patient, ein Erwachsener, hatte Opium genommen und lag regungslos da; Puls 85, Resp. $3^{1}/_{2}$; alle Erregungsversuche blieben erfolglos. Nach hypodermatischer Injection von 6 Tropfen der erwähnten Tinctur wendete



sich der Zustand der Art, dass die Belebungsversuche nach einer halben Stunde vollständig erfolgreich waren. Warren.

---

**Pasqua, Du traitement de la blennorrhagie par l'hydrate de chloral en injections uréthrales.** Behandlung von Gonorrhoeen mit Chloralhydrat. Briefl. Mittheil. (Bulletin général de Thérap. méd. et chir. 1880. Jahrg. 49. Bd. XCVIII S. 224.)

P. wandte in vier Fällen frischer Gonorrhoe eine Chloralhydratlösung von 1,5 auf 120 Aqua rosarum an. Der Zeitraum bei den einzelnen Fällen schwankte von 3 und 18 Tagen zwischen erstem Auftreten der Gonorrhoe und Anwendung des Chloralhydrats. P. liess zweimal täglich Einspritzungen machen und dieselben einige Minuten lang in der Urethra zurückhalten, nach kurzdauerndem Reizgefühl trat eine angenehm kühle Empfindung auf. 4 oder 5 Tage nach Anfang der Injectionen liessen Harndrang und Erectionen an Intensität und Häufigkeit nach, der Ausfluss selbst wurde mehr und mehr hell, durchsichtig und cessirte völlig vom 8. bis 10. Tage ab. Folgekrankheiten, die nach schlecht behandelter Gonorrhoe aufzutreten pflegen, wurden auch bei wiederholter Untersuchung nicht nachgewiesen. P. fasst seine Mittheilung kurz zusammen in den drei Sätzen: 1. Das Chloralhydrat vermindert in sehr kurzer Zeit den Harndrang und die Erectionen; 2. Es kürzt die Dauer des Ausflusses bedeutend ab; 3. es verhütet die Complicationen der Gonorrhoe. Schulz.

---

**Köhnhorn, Ueber Nachtschweisse bei Lungenphthisis.** Berl. klin. Wochenschr. 1880. 1.

Bei einer an Phthisis leidenden Dame waren die Nachtschweisse sehr lästig, und gegen dieselbe Chinin, Atropin, Digitalis, Boletus laricis, kalter Thee, Salbei etc., äusserlich Einreibungen mit Tanninspiritus, Speck etc. vergeblich angewendet worden. Verf. liess das schon seit Jahren viel gebrauchte Mittel gegen Fussschweisse: Acid. salicyl. 3, Amyli 10, Talci 87 über den ganzen Körper einpudern. Der Erfolg war hier und in einem zweiten Fall überraschend günstig. Wo die Haut zu trocken scheint, um das Pulver haften zu lassen, reibe man etwas mit Speck oder Tanninspiritus vorher ein. Um den Reiz zu vermeiden, den die stäubende Salicylsäure auf den Kehlkopf ausübt, halte der Kranke sich ein Tuch vor den Mund. R.

---

**Wernich, Die Luft als Trägerin entwicklungsfähiger Keime.** (Virchows Archiv Bd. LXXIX Heft 3 S. 424.)

Verf. untersuchte, in wie weit Luft im Stande ist, irgendwo befindliche entwicklungsfähige Keime mit sich fortzuführen und so Gelegenheit zu Infectionen zu geben. Er benutzte dazu Apparate, die es



ermöglichen, durch die infectiösen Substanzen hindurch aspirirte Luft zu entsprechenden Nährflüssigkeiten zu bringen. Er kommt zu folgenden Resultaten: Compakt zusammengebackene Mikroorganismenkomplexe geben an die Luft keine infectiösen Keime ab. Ebensowenig geschieht das seitens auf festen Substanzen angetrockneten Massen. Staub geht dagegen leicht in die vorbeiströmende Luft über und inficirt um so leichter, je mehr er neben infectiösen Keimen noch Theile von deren früherer Nährsubstanz enthält. Poröse, mit keimhaltigen Flüssigkeiten inficirte aber gründlich getrocknete Körper, geben an vorbeiströmende Luft keimfähigen Staub ab. Geringe Benetzung derselben porösen Körper hebt die Infectionsfähigkeit auf. Keimhaltige Flüssigkeiten inficiren nur durchsetzende Luft, über dieselben hinwegstreichende nimmt keine infectiösen Substanzen auf. Auf Grund dieser Beobachtungen warnt Verf. vor jeder Stauberzeugung in Krankenzimmern, vor jeder Ventilationseinrichtung, die durch starken Luftstrom festsitzende Keime losreisst und der Krankenzimmerluft mittheilt. Ribbert.

## Neue Bücher.

Alibert, Contribution à l'étude clinique du mal de Bright. Paris, Delahaye & Comp.

Baranger, Sail-les-Bains, dit les Château-Moraud; eaux thermales silicatées. Paris, Reverchon & Vollet.

Boursier, Etude sur les hydrocèles symptomatiques des tumeurs du testicule. Paris, Delahaye & Comp.

Chatelin, Etude clinique sur la thoracenthèse dans les pleurésies séreuses. Paris, Parent.

Dupuy, La variole et la Patente de santé. Bordeaux, Gounouilhou.

Gornard-Chantereau, Des injections interstitielles caustiques de chlorure de zinc dans le traitement, de certaines maladies kystiques. Paris, Parent.

Hirsch-Sommerbrodt, Mittheilungen über die Pest-Epidemie im Winter 1878—79 im russischen Gouvernement Astrachan. Berlin, Heymann. 3 M.

Krishaber, Le cancer du larynx. Paris, Masson. 2 frs. 50 ctms.

Lalagade, Vaccin jennérien: Vaccin de génisse. Paris, Parent.

Lannelongue, De l'ostéomyélite aigue pendant la croissance. Paris, Asselin & Comp. 6 frs.

Levrat, Contribution à l'étude de la septicémie péritonéale après l'ovariotomie. Paris, Laisney.

Lombard, Atlas de la distribution géographique des maladies dans leur rapports avec les climats. Paris. B. B. Baillière et fils. 12 frs.

Manolesco, Contribution à l'étude des lésions péritonéales dans l'alcoolisme. Paris, Parent.

Mary, Du nitrate d'aconitine dans le traitement des névralgies faciales. Paris, Parent.

Niélly, Manuel d'obstétrique ou Aide-mémoire de l'élève et du praticien. 2me ed. Paris, Masson. 6 frs.

Ormières, Sur la menstruation après l'ovariotomie et l'hystérectomie. Paris, Doin. 2 frs. 50 ctms.

Ott, Contribution à l'étude des tumeurs du voile du palais. Paris, Parent.

Proust et Ballet, De l'actions des aimants sur quelques troubles nerveux. Paris, Masson. 1 frs. 50 ctms.

Rohmer, Les variations de forme normale et pathologique de la plante du pied. Paris, Doin. 4 frs.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.





Erscheint wöchentlich.
Jeder Jahrgang umfasst
52 Bogen nebst Titel
und Register.

# Centralblatt
für
# KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M.,
zu beziehen durch alle
Buchhandlungen und
Postanstalten.

Redigirt von

**Dr. H. Rühle,** Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.
und
**Dr. D. Finkler,** Privatdocent und Assistent an der medicin. Klinik in Bonn.

**1880. 10. April. Nro. 7.**

**Inhalt:** Referate: **Baxter** u. **Willcocks,** A Contribution to Clinical Haemometry. — **Schütz,** Ueber Diphtheritis. — **Tellegen,** Een geval van Aphasie tengevolge van Malaria. — **Schubert,** Amaurose bei Bleivergiftung. — **Lütkemüller,** Ein Fall von Keilbeincaries mit Amaurose. — **Ripping,** Ueber die Mitbetheiligung des Ependyms an den pathologischen Veränderungen des Gehirns und seiner Häute bei Geisteskranken. — **Gowers,** Lectures on Epilepsy. — **Stark,** Zur Casuistik der Aphasie. — **Seligmüller,** Ueber eine noch wenig gekannte Form von vorübergehender Bewegungsstörung der unteren Extremitäten verbunden mit dauernder Taubheit bei Kindern. — **Strauss,** Drei Brüder gerichtlich als geisteskrank erklärt. — **Winternitz,** Zur Frage der Genese mancher relativer Mitral-Insufficienz. — **Roth,** Ueber Hydronephrose in Folge Compression des Ureter durch abnormen Gefässabgang. — **Rosenbach,** Beitrag zur Lehre von der periodischen Haemoglobinurie. — **Penzoldt,** Zur Beurtheilung der Wirksamkeit der Droguen von Quebracho Ospidosperma, insbesondere des käuflichen lignum Quebracho, in Fällen von Dyspnoe. — **Batterburg,** Du lait comme véhicule de la quinquine. — **Large,** Recherches physiologiques sur les bains de vapeur sèche (Hammans Bains turcs). — **Dumontpallier,** Etude experimentale sur le refroidissement du Corps humain au moyen de l'appareil refrigérateur de M. M. Dumontpallier et Galante. — **Singer,** Zur Geschichte der Metallotherapie. — Paraphimosis moyen simple de reduction. — De la glycérine contre les hémorrhoïdes internes.

**Buchanan Baxter** and **Frederic Willcocks, A Contribution to Clinical Haemometry.** Ein Beitrag zur klinischen Hämometrie. (The Lancet No. 10, 11 and 12. 1880.)

Die Verf. betonen die grosse Bedeutung, welche neben der Zählung der Blutkörperchen die direkte Bestimmung des Hämoglobins hat; sie bedienten sich des Chromometers von Hayem. Methode und Berechnung sind im Original nachzusehen. Hayem's Einheit für den Werth des einzelnen rothen Blutkörperchens (G = 1) scheint zu hoch gegriffen; derselbe liegt zwischen 0,6 und 0,9 und zwar häufiger nahe dem niedrigeren Werthe. Die Zahl der rothen Körperchen im Kubik-Millimeter Blut liegt nahe bei (N =) 6,000,000. Die in den Grenzen der Norm liegenden Schwankungen sind sehr gross.

Akute febrile Krankheiten. Scharlachfieber, zwei Fälle, vier Beobachtungen; N vermehrt, G vermindert, Kompensation, keine Verminderung des Hämoglobins (dasselbe fand Leichtenstern). Aehnlich in einem Falle von Masern und einem von akutem Gelenk-Rheumatismus, je zwei Beob.,



zwei Fälle von akuter lobärer Pneumonie, je zwei Beob.; in dem ersten N vermehrt, G entsprechend vermindert; in dem zweiten keine wesentliche Veränderung (wie nach Leichtenstern). Zwei Fälle von Typhus, drei Beob.; N etwas verringert, G nicht viel geschwächt; so auch in einem schweren Falle 30 Stunden vor dem Tode, N = 4,190,000, G = 0,71. Enteric fever, fünf Fälle, sechs Beob.; nur geringe Veränderungen; auch Leichtenstern fand keine Verminderung des Hämoglobins auf der Höhe der Krankheit; doch trat bei Nachlass des Fiebers eine solche in bedeutendem Grade ein. Diese nahezu negativen Resultate zeigen, wie erstaunlich gering der durch heftige febrile Krankheiten auf rothe Blutkörperchen und Hämoglobin-Gehalt ausgeübte Einfluss ist; (vielleicht Verminderung der Gesammtblutmenge [Leichtenstern]). Nur das Malariafieber (Kelsch) bewirkt eine sehr bedeutende Abnahme der Körperchen, insbesondere bei dem ersten Anfall eines bis dahin Gesunden. Hier kann in 24 Stunden eine Verminderung von sechs Millionen bis zu einer halben sich vollziehen. Bestimmungen von G liegen nicht vor.

Chronische Krankheiten. Diabetes mellitus, zwei Fälle, drei Beob.; N vermehrt, G etwas, aber nicht entsprechend vermindert; Hämoglobin vermehrt; die bedeutende Wasserausscheidung ist wohl die Ursache der Vermehrung der geformten Bestandtheile. Internes Carcinom, zwei Fälle, ein intrathoracisches, eines der Leber, Kachexie, drei Beob.; keine wesentliche Veränderung des Hämoglobin-Gehalts. Graves' Krankheit, ein Fall. N = 6,170,000 G = 0,44. Chronische Gicht mit Nieren-Affection, ein Fall, N = 5,160,000 G = 0,58. Chronische Nephritis, ein Fall, Blutungen und Anasarka, N = 1,940,000, G = 0,39. Herzfehler, ein Fall, sechs Tage nach der Aufnahme N = 2,790,000, G = 0,36; 13 Tage nach der Aufnahme, bei Gebrauch von Eisen, N = 5,050,000, G = 0,51. In sechs Fällen von Anämie (zwei nach Hämorrhagie, eine einfache, drei Chlorose) war bald N bald G mehr vermindert; Hypocytosis und Hypochrosis bestanden neben einander, unter Gebrauch von Eisen wich zunächst die erstere. E. Bardenhewer.

---

**Dr. Jacob Schütz,** Docent, **Ueber Diphtheritis.** (Prag. medic. Wochenschr. 1880. Nr. 10 u. 11.)

Sch. schliesst aus seinen Beobachtungen während mehrerer Epidemieen, während welcher er diphtheritische Beläge ohne Störung des Allgemeinbefindens, und Allgemein-Erscheinungen immer mit Local-Erkrankungen zugleich auftreten sah, es sei „die Diphtheritis eine Infectionskrankheit localer Natur, hervorgerufen durch eine specifische Pilzgattung (microsporon diphtheriticum), welche die Rachengebilde als Lieblingsort aufsucht, da, rasch proliferirend, eigenthümliche Belagmassen bilde, die ebenso rasch eine membranartige Form annehmen. Erst kurze Zeit nach der Einwanderung der Pilze entstehen theils örtliche, theils allgemeine Erscheinungen". Entsprechend den Ansichten von Klebs beobachtete er, dass die Einwanderung des Pilzes zunächst einen „subinflammatorischen" Zustand des befallenen Organes mit Röthung und Schwellung hervorbringe, und von diesem stammen die

ersten Fiebererscheinungen. Der erwähnte Reizzustand führt schnell zur Ausschwitzung von Faserstoff, welcher, rasch gerinnend und grobe Maschen bildend, mit den sich verfilzenden Pilzen eine membranartige Gestalt annimmt. Die so gebildeten Belagmassen verbreiten sich dann weiter. Bei seinen sämmtlichen 28 Fällen hat er jedesmal mittelst des mit Leinewand umwickelten Fingers alle Belagmassen gründlich zu entfernen gesucht, so oft letztere sich zeigten und will schon dadurch subjective Besserung, Wiederkehr des Appetites, besseren Schlaf erreicht haben. Die durch die Abreibung verletzten und blutenden Schleimhautstellen blieben vom Belage fernerhin frei und wurden nicht wieder befallen. Unter allen lokalen Mitteln erschien ihm von ganz besonderem Werthe eine Bromlösung (Bromi puri, Kali bromici āā 0,5 aquae dest. 100), wovon meist 2 Mal, bei schweren Fällen bis 5 Mal täglich gleich nach dem Abreiben der Belagmassen in den Rachen mit einer kleinen Gummispritze eingespritzt wurde. Bei Anschwellungen der Unterkiefer- und Halsdrüsen nahm er Jodkalisalbe 1 : 4, 3 mal täglich. Bartold.

---

**Dr. A. O. H. Tellegen, Een geval van Aphasie tengevolge van Malaria.** Ein Fall von Aphasie in Folge von Malariainfection. (Nederlandsch Tydschrift voor Geneeskunde Nr. 47. 1879.)

Der Fall scheint Verf. nicht ohne Interesse, weil Kussmaul in seiner Arbeit über Störungen der Sprache die Malaria als aetiologisches Moment nicht erwähnt und Hertz in der seinen über Malaria-Infection nur einen Fall anführt (beschrieben von Mancini 1873. Hirsch-Virchow's Jahresbericht 1874. II. S. 217). Es betrifft eine ungefähr 43jährige Kranke, welche scheinbar eine Apoplexie bekommen hatte. Sie sass am Tische, war sehr aufgeregt. Es war unmöglich etwas zu verstehen von dem, was sie antwortete, sie murmelte unverständliche Worte; es war klar, dass sie die Fragen verstand, aber nicht im Stande war, ihre Gedanken verständlich auszudrücken. Auch schriftlich konnte sie dieses nicht, es bestand Agraphie. Auf die Frage, ob sie die rechte Seite gut bewegen könnte, nickte sie zustimmend, doch schien sie sagen zu wollen, dass etwas an der linken Seite fehlte. Sonst war nichts Abnormes zu finden. Fieber konnte T. nicht annehmen (Temperatur wurde nicht gemessen). Am nächsten Morgen erzählte der Mann Verf., dass die Sprachstörung gegen Abend verschwunden war, und die Kranke erzählt hätte, sie habe am Morgen plötzlich Kopfschmerzen bekommen mit einem Gefühl von Schlaffheit im linken Arm und Bein, in derselben Hälfte der Zunge und des Gesichts, und hätte sich nicht mehr ausdrücken können. Diesen Morgen wäre dieselbe Erscheinung zurückgekehrt. T. dachte sogleich an Febris larvata, besonders da Patientin vor einigen Monaten an Intermittens quotidiana gelitten hatte. Es wurde Chinin verabreicht, mit dem Erfolge, dass die Aphasie verschwand, und in den nächsten Tagen nicht zurückkehrte. 7 Tage nach dem ersten Anfall wiederholte sich derselbe Symptomencomplex, um nach einem lange fortgesetzten Gebrauch von Chinin nicht zurückzukehren. Seitdem ist Pat. vollkommen gesund geblieben. Die Combination von Aphasie mit einer linksseitigen hemi-



plegischen Schwäche ist noch von Interesse. Man muss in diesem Falle eine zeitliche Störung der motorischen Centra und des Sprachcentrums (oder Centra) der rechten Hemisphäre annehmen, während es gewöhnlich auf der anderen Seite vorkomme. Nach Bouillaud und Broca besteht die Ursache hiervon darin, dass die meisten Menschen rechtshändig sind, also die linke Hälfte des Gehirns mehr geübt sei. Sind sie dagegen linkshändig, so ist die rechte Hälfte mehr geübt. Dieser Fall spricht für diese Meinung, da Patientin linkshändig ist.

Roux.

---

**P. Schubert, Amaurose bei Bleivergiftung.** (Aerztliches Intelligenzblatt. 1880. Nr. 12. 13.)

Die Amaurose gehört zu den seltensten Symptomen der chronischen Bleivergiftung. Der vom Vf. beobachtete Fall betraf einen Lackirer von 49 Jahren, der seit 35 Jahren mit Bleipräparaten (Bleizucker und Bleiweiss) beschäftigt war. Derselbe war im 19. Lebensjahr von einem wochenlangen Kolikanfall mit Obstipation ergriffen, dann trotz gleicher fortdauernder Beschäftigung von Vergiftungserscheinungen frei gewesen. Vor vier Jahren Kolik und Obstipation und plötzliche Erblindung; vollständige Genesung nach wenigen Tagen. In letzter Zeit hatte er über Schlaflosigkeit, Schwindelanfälle und Schwäche zu klagen; es kamen Kopf- und Magenschmerz und Uebelkeit hinzu; ziemlich plötzlich trat wieder Erblindung ein. Vf. fand, dass das Sehvermögen beider Augen auf quantitative Lichtempfindung herabgesetzt war; die Pupillen reagiren gut; Spannung der Bulbi normal; brechende Medien klar. Die Papillen der Nn. optici nicht geschwellt, von graurother Farbe, die Grenzen etwas verwischt; die Netzhäute in sehr geringem Grade weissgrau getrübt; die Gefässe, besonders die Arterien, auffallend eng ohne sonstige Abnormität. Im Urin am ersten Tage ziemlich viel Eiweiss, anfangs geringes Fieber mit Pulsbeschleunigung. Wieder kam es unter Anwendung von Laxantien und Opium (später Schwefelbädern und Jodkalium) bald zur Besserung und nach einigen Wochen zur Genesung; auch die Trübung der Netzhäute und die Röthe der Papillen schwanden; die Retinalgefässe blieben eng. Vf. gibt im Anschlusse an diesen Fall eine Darlegung der Untersuchungen und Theorien über die chronische Bleivergiftung.

Wolffberg.

---

**Dr. J. Lütkemüller, Ein Fall von Keilbeincaries mit Amaurose.** (Aus der medicinischen Klinik des . . . v. Bamberger). (Wiener medicin. Blätter. 1880. Nr. 1, 2, 3.)

Seltener als die Caries anderer Schädelknochen kommt die des Keilbeins zur Beobachtung. Ein Fall dieser Erkrankung war noch deshalb bemerkenswerth, weil er bei der „Fortpflanzung der Entzündung auf die Meningen zu cerebralen Störungen führte, die von dem gewöhnlichen Bilde der Meningitis in auffälliger Weise abwichen". Vier Monate vor seiner Aufnahme erkrankte Pat. an cephalischen Erscheinungen, Kopfschmerzen, eitrigem Ausfluss aus dem rechten Ohr,



Schwerhörigkeit, rasch fortschreitender Verringerung der Sehkraft des linken Auges. Auch die Sehkraft des rechten Auges nimmt merklich ab. Zuerst wird das linke, dann das rechte amaurotisch. Rechts otitis supp. med. Kopfschmerzen bestehen immer weiter, Pat. magert stark ab, fiebert; Genicksteifigkeit, tonische Krämpfe, rechtsseitige Facialislähmung, Sopor; dann kehrt Bewusstsein zurück, zeitweilig Delirien, Unruhe, Hyperaesthesie, Collaps, Cheyne-Stokes'sches Athmen, Tod. Bei der Section fand sich die Sehnervenkreuzung sammt dem trigonum olfactorium beiderseits und dem tuber cinereum von einer conglomerirten Masse käsiger Knötchen bedeckt und durchwachsen; die tractus optici verloren sich in dieser Masse. Nach aussen setzt sich die Masse in die Sylvischen Spalten fort; nach unten hing sie mit gleicher Geschwulstmasse zusammen, welche die Sattelgrube ausfüllte, so dass deren Wandungen sowie die kleinen Keilbeinflügel zum Theil ihres Periostes entkleidet waren. Felsenbein normal. In Lungen keine phthisischen oder tuberculösen Veränderungen. Diagnose: Tuberculöse Caries der Schädelbasis und der beiden ersten Halswirbel, tuberculöse Meningitis. Die cephalischen Erscheinungen, von welchen Kopfschmerz, Somnolenz schon länger bestanden, Delirien, Pulsbeschleunigung, Nackensteifigkeit sich unter Fieber später entwickelten, waren weder für einen bestimmten Krankheitsprozess charakteristisch, noch für die Erkrankung eines bestimmten Ortes, entsprachen nur den Symptomen gesteigerten Druckes in der Schädelhöhle. Dagegen liess sich die Amaurose schwer aus gesteigertem Gehirndruck erklären, weil sie vor anderen Druckerscheinungen aufgetreten und während ihres Bestehens normales Bild des Augenhintergrundes bestand; weder Stauungspapille, noch Neuroretinitis. Erst später entwickelte sich einfache Opticusatrophie. Dies deutete auf directe Läsion in der Gegend des Chiasma oder ausgebreitete Erkrankung des Hirns mit Betheiligung der Opticuskerne. „Brachte man, was nahe lag, die Cerebralaffection mit der Knochenerkrankung in ursächlichen Zusammenhang, so kamen zunächst Meningitis und Encephalitis in Betracht, für welche Prozesse auch der fieberhafte Verlauf sprach. „Gegen Encephalitis sprach das Fehlen von Herderscheinungen, insbesondere von Lähmungen. Zu solchen hätte die Encephalitis führen müssen, weil sie, um alle Symptome zu erklären, von sehr grosser Ausdehnung hätte sein müssen. Neoplasma war aus gleichen Gründen auszuschliessen. Mit Meningitis aber stimmte das Krankheitsbild gut überein, weil diese von den Folgekrankheiten der Entzündungen an der Schädelbasis am häufigsten, weil, wie hier im Beginn die Erscheinungen ziemlich gering, der Verlauf oft schleppend und in Nachschüben sich verbreitend ist. Die Sehstörungen liessen sich aus Compression der optici durch Exsudat erklären. „Daher wurde die Diagnose auf Meningitis gestellt, obwohl bei derselben hochgradige Sehstörungen zu den grössten Seltenheiten gehören." Die gleich anfänglich hochgradige Amblyopie erklärt sich durch den Ausgang der Entzündung von einer tuberculösen Caries des Keilbeins. Während bei acuter Meningitis hochgradige Sehstörungen vereinzelt dastehen (Jacobi, Doppelseitige absolute Amaurose[1]), entwickeln sich solche etwas häu-

1) Graefe's Archiv XI. 3. pg. 157.

figer bei subacuter oder chronischer Meningitis. (Chronisch verlaufende Papillitis bei umschriebener Meningitis der Schädelbasis; Leber[2]). Aehnliche Fälle finden sich im Lehrbuch der Augenheilkunde von Stellwag v. Carion, von Türk[3]), Horner[4]), Hjort[5]), welche betreffen basilare Meningitis mit directer Einwirkung auf die optici in der Nähe der Kreuzungsstelle. Den Grund der Sehstörung bildet bald Uebergreifen des entzündlichen Prozesses auf die Sehnerven, bald Compression der intracraniellen Opticustheile und in diesem letzteren Falle kann der Opticus entweder einfach atrophiren oder durch Entzündung in Mitleidenschaft gezogen werden. Je nachdem diese localisirt bleibt oder zum bulbus fortschreitet, ist das ophthalmoskopische Bild entweder das der einfachen Sehnervenatrophie oder das der Neuritis.

Finkler.

---

**Dr. Ripping in Düren, Ueber die Mitbetheiligung des Ependyms an den pathologischen Veränderungen des Gehirns und seiner Häute bei Geisteskranken.** (Allgemeine Zeitschr. für Psychiatrie 36. Band 6. Heft 1880.)

R. erkennt in dem Ependym eine Schutzdecke für die unter ihm liegenden wichtigen nervösen Gebilde und daher die grosse Bedeutung seiner Erkrankung, die er in 4 Formen oder Stadien beobachtete. 1) Die gelatinöse Erweichung: die akutere Erkrankungsform, die vielfach in eine chronische, die Granulationsbildung übergeht. Sie sitzt vorzugsweise im 3. und 4. Ventrikel, im obern Theile das Centrum-Canales, seltner im Seitenventrikel (Kopf des Streifenhügels). Namentlich kommt sie vor bei kurzen Manien, Melancholien mit grosser motorischer Erregung, einzeln bei Paralyse. 2) Die Ecchymosirung, fast nur im 4. Ventrikel und bei schweren Melancholien mit vielfachen Hallucinationen. 3) Die faltige und streifige Schrumpfung, vorzugsweise in den Seitenventrikeln und im 4., bei organischen Psychosen in Folge von Hirntumoren oder Hirnabscessen. 4) Die Granulationsbildung, bei länger bestandenen Paralysen, bei längerem Blödsinn, besonders bei dem aus chronischer Manie hervorgegangenen, sehr häufig. (Für die anatomischen und mikroskopischen Details verweise ich auf das Original.) Die gelatinöse Erweichung und Granulationsbildung, deren letztere das Endresultat der beiden zu Grunde liegenden chronischen Ependymentzündung ist, gleichsam einer Entzündung der visceralen Decke des Centralorgans ist, begleiten vorzugsweise die chronischen Entzündungen der weichen Häute und der Hirnrinde. Die faltige, streifige Schrumpfung scheint ohne entzündliche Vorgänge einherzugehen und war ein konstanter Begleiter des Hydrocephalus internus, nicht so die gelatinöse Erweichung. Oebeke (Endenich).

---

1) Graefe-Saemisch, V. pg. 792.
2) Zeitschr. d. Ges. der Wien. Aerzte. 1855. pg. 528.
3) Klin. Monatsbl. 1863. pg. 71.
4) Monatsbl. f. Augenheilkde. V. pg. 166.

**W. K. Gowers, Lectures on epilepsy.** (Vorlesungen über Epilepsie). III. (The Lancet, Nr. 13 und 14. 1880. Vergl. d. Bl. Nr. 3 und 5.)

Die in der 2. Vorlesung beschriebenen aurae glaubt G. zur Lösung der Frage nach dem Sitz der primären Krankheit verwerthen zu können. In einem Fünftel der Anfälle mit Aura bestand diese in einer Empfindung eines Sinnesorganes, in anderen war die Aura eine intellektuelle, eine Idee. Alle diese Anfälle können ihren Anfang nicht im Krampfcentrum der medulla oblongata nehmen; die Entladung muss in den Hemisphären beginnen, in dem anatomischen Substrat der intellektuellen Prozesse. Zwar können Convulsionen bei Thieren hervorgerufen werden nach Entfernung der Hemisphären, und beim Menschen sehen wir Convulsionen verursacht durch Krankheiten des pons und der medulla oblongata. Auch könnten die Anfälle mit pneumogastrischer Aura, wegen der nahen Beziehung des vagus-Kernes und der respiratorischen Centra zum centrum convulsivum, dafür zu sprechen scheinen, dass sie von der medulla oblongata aus erregt werden. Doch ist auf der andern Seite die Annahme zulässig, dass bei einer in den Hemisphären beginnenden Entladung die mit dem vagus verbundenen centralen Abschnitte zuerst erregt werden oder am leichtesten erregbar sind (wie bei den Wirkungen einer psychischen Erregung, z. B. der Furcht). Die Möglichkeit, dass Anfälle in der medulla oblongata anheben, lässt sich nicht läugnen. Doch macht der ausserordentlich verschiedene Charakter der aurae, die auf jeden Theil des Organismus sich beziehen können, es wahrscheinlich, dass die Krämpfe bei idiopathischer Epilepsie verursacht sind durch eine Entladung in irgend einem Theile der grauen Substanz, dass sie in jedem Theile des Gehirns, welcher sensori-motorischen Prozessen vorsteht, beginnen können. — Neben dem primären Sitz der Entladung braucht ein anderer Sitz der Krankheit nicht angenommen zu werden. Jede Affection irgend eines Hirntheils, auch eines niederen Centrums, welche Convulsionen erzeugt, genügt, bei der nahen Beziehung, in welcher alle Hirntheile zu einander stehen, zur Hervorbringung von Bewusstlosigkeit. Epilepsie ist eine Krankheit der grauen Substanz und hat keinen einheitlichen Sitz. Dass Anämie des Gehirns und der medulla oblongata die Ursache der Bewusstlosigkeit und der Convulsionen im epileptischen Anfall ist, ist nicht zu beweisen. Blässe des Gesichts fehlt häufig im Beginn des Anfalls; auch lässt dieselbe nicht schliessen auf Anämie des Gehirns; Herzsynkope ist nicht mit Convulsionen verbunden. Auch der Annahme, dass die örtliche Entladung reflektorisch vasomotorischen Krampf errege und sich dadurch verbreite, bedürfen wir nicht. Die fortschreitende Kenntniss der Lage der Hirncentra zu einander wird über die Art der Verbreitung noch weitere Aufschlüsse bringen. Auch bewirkt funktionelle Thätigkeit reflektorische Erweiterung, nicht Verengerung der Gefässe. — Die übliche Theorie schreibt endlich den in klonischen Krämpfen bestehenden Endtheil des Anfalls einer besonderen Ursache, der Reizung der medulla oblongata durch das venöse Blut, zu. Doch gehen, wie schon in der 1. Vorlesung hervorgehoben, die tonischen Krämpfe ohne plötzlichen Uebergang, durch Unterbrechungen, allmählich in die klonischen über. Wohl verursacht die venöse Congestion den klonischen Charakter der Krämpfe, aber nicht durch direkte Rei-



zung; sondern die Behinderung der Athmung unterbricht und hemmt schliesslich die tonischen Krämpfe, so wie man einen hysterischen Anfall durch Verschluss von Mund und Nase hemmt. Mit Rücksicht auf die Natur der Erkrankung der grauen Substanz glaubt G., dass es sich nicht sowohl um eine Vermehrung der in den Nervenzellen angehäuften Spannkraft als um eine Verminderung des der Entladung derselben entgegenstehenden Widerstandes handelt. Ein starker peripherer Eindruck (feste Umschnürung eines Gliedes z. B.) kann durch Steigerung dieses Widerstandes den Anfall hemmen. In den Fällen von Hystero-Epilepsie handelt es sich wahrscheinlich um eine Combination von Hysterie und Epilepsie. Der epileptische Anfall bringt, nach Ausfall der Kontrolle der Hemisphären über die niederen Centra, die hysterische Anlage in koordinirten Krämpfen zur Erscheinung. Doch sind in anderen sog. hystero-epileptischen Anfällen die motorischen Symptome ausschliesslich koordinirter Art ohne irgend ein Zeichen von Epilepsie. Aehnlich verhält es sich wohl mit den automatischen Handlungen. Zwar bilden sie in einzelnen Fällen Theile eines Anfalls oder sie stellen selbständige Anfälle von epilepsia minor dar; meistens jedoch sind sie post-epileptisch, und dann liegt ihnen wahrscheinlich eine besondere krankhafte Beschaffenheit der Centra, von denen sie abhängig sind, zu Grunde. E. Bardenhewer.

---

**Dr. Stark in Stephansfeld, Zur Casuistik der Aphasie.** (Allgemeine Zeitschr. für Psychiatrie 36. Bd. 5. Heft S. 676.)

S. theilt einen Fall mit von Zerstörung beider 3. Stirnwindungen, der linken Insel incl. claustrum und der linken ersten Schläfewindung bei einem Rechtshändigen durch traumatische Encephalitis, welche ohne Aphasie verlief. Oebeke (Endenich).

---

**Dr. A. Seligmüller in Halle a. d. S., Ueber eine noch wenig gekannte Form von vorübergehender Bewegungsstörung der unteren Extremitäten verbunden mit dauernder Taubheit bei Kindern.** (Centralblatt für Nervenheilkunde, Psychiatrie etc. 1880 No. 6.)

S. beschreibt 2 Fälle oben genannter Affektion, deren vorwiegende Erscheinungen er dahin zusammenfasst, dass ein Kind, welches bereits gut sprechen und hören konnte, unter heftigem Erbrechen, Fieber mit Delirien und schliesslich mit komatösen Zuständen erkrankt. Nach 8 Tagen zum vollen Bewusstsein zurückgekehrt, ist es auf beiden Ohren vollständig taub, während subjektive Gehörsempfindungen häufig sind. Dabei in hohem Grade unsicherer taumelnder Gang, breitspurige Stellung, Neigung nach vorn über zu fallen. Keine Lähmungserscheinungen in den untern Extremitäten. Nach längstens 6 Wochen der Gang wieder normal. Keine Störung der Sensibilität und faradischen Erregbarkeit nachzuweisen. Die Taubheit bleibt und führt bald Stummheit, also Taubstummheit herbei. — Voltolini hat bereits 1867 den vorliegenden Symptomencomplex auf eine Labyrinthaffektion zurückgeführt (Monatschr. für Ohrenheilk. I, 1867). Böke



**dagegen auf eine Erkrankung an der Ursprungsstelle des nerv. acustic.** (Wien. medic. Presse 1871 No. 6, 7 u. 8), wie auch von Tröltsch (Gerhard's Handbuch der Kinderkrankheiten) einen lokalisirten Process auf dem Boden des 4. Hirnventrikels, in der Rautengrube und auf dessen Ependym annimmt. Hiergegen macht S. das Fehlen von Diabetes mellitus und insipidus und von Läsionen der grauen Kerne des facialis und anderer Hirnnerven geltend. Ueber die erwähnte Affektion schrieb noch Töynbee, wie v. Tröltsch im Archiv für Ohrenheilkunde IX pag. 61 1868 referirte und Reichel in Berlin. klin. Wochenschr. 1870 No. 25. Oebeke (Endenich).

---

**Dr. Strauss** in Barmen, **Drei Brüder gerichtlich als geisteskrank erklärt.** (Eulenberg's Vierteljahrschrift 32. Bd. 1. Heft p. 75—78.)

Von drei Brüdern, Landleuten, wurden zwei für unzweifelhaft geisteskrank, der eine im gesetzlichen Sinne für blödsinnig, der andre für wahnsinnig erklärt. Beim dritten stiegen dem Gerichte wegen seines Verständnisses gewöhnlichster Vorkommnisse Zweifel auf, wesshalb ein motivirtes Gutachten vom Gerichtsarzt erfordert und vom Medizinalcollegium bestätigt wurde. Das Resultat war, dass der 32-jährige Implorat für schwachsinnig, geistig nicht mehr begabt als ein 6—8jähriger Knabe, gesetzlich für blödsinnig erachtet werden musste. Die Ursache der Geisteskrankheit bei allen drei Brüdern war neben erblicher Belastung ein Typhus, der sie zu gleicher Zeit ergriffen hatte und mit grosser Heftigkeit verlaufen war.

Die erbliche Belastung besteht in Folgendem: Die Mutter litt im Wochenbett mit einem älteren Bruder des Patienten wahrscheinlich an Puerperalmanie; ein Bruder der Mutter soll epileptisch gewesen sein; zwei Brüder des Patienten sind geisteskrank. Ueber den Verlauf des Typhus ist nichts weiter angegeben, als dass er einen bösartigen Charakter gehabt habe. Leo.

---

**Dr. Wilh. Winternitz,** Wien, **Zur Frage der Genese mancher relativer Mitral-Insufficienz.** (Wiener med. Presse 1880. Nr. 13.)

Relative Insufficienz, worunter man ein Missverhältniss zwischen dem Flächenraum des Ostiums und dem zum Verschlusse desselben bestimmten Klappenapparate, ohne organische Veränderung des letzteren, zu verstehen hat, kann, wie leicht erklärlich, nur in den seltensten Fällen durch die Autopsie eine Bestätigung finden, und wird daher auch vielfach das Vorkommen derselben bezweifelt, oder doch nur für die Tricuspidalklappe zugegeben. Um die Existenz einer relativen Insufficienz der Mitralis glaubwürdiger zu machen, hält es Winternitz für nothwendig, eine plausible physikalische Erklärung für die Entstehung derselben aufzufinden. Eine solche Erklärung glaubt er für eine Reihe von Fällen geben zu können, in denen er den ganzen Symptomencomplex, unter dem gesunde, junge Leute, z. B. Rekruten, nach länger dauernden grösseren Muskelanstrengungen bei erschwerter



inspiratorischer Erweiterung des Thorax, erkrankten, als relative Mitral-Insufficienz deutete. Forcirte Muskelanstrengungen bewirken besonders bei gehemmter inspiratorischer Thoraxerweiterung — also erschwertem venösem Rückflusse — eine beträchtliche Steigerung des arteriellen Druckes, Steigerung des Aortendruckes. Auf die Dauer vermag das Herz, namentlich wenn noch die Ernährung des Herzens schwächende Momente hinzutreten (z. B. ungenügende Nahrungszufuhr, Darmcatarrh oder die Blutbildung und Blutbeschaffenheit schädigende Einflüsse), der durch fortdauernde Mehrbelastung der Aortenklappen gestellten erhöhten Anforderung nicht mehr zu genügen; es tritt Ueberanstrengung, Ermüdung des Herzmuskels ein. „Der linke Ventrikel entleert wahrscheinlich seinen Inhalt nicht vollkommen in die hochgespannte Aorta. Das Residualblut übt einen continuirlichen Contraktionsreiz auf die automatischen Herzcentra, es kommt zu beschleunigten, aber wegen der Ernährungsstörung des Herzmuskels nicht kräftigeren Contraktionen und damit zu potenzirten Ermüdungsursachen. Das mit der zunehmenden Schwäche sich vermehrende Residualblut führt endlich zur Erweiterung der Herzhöhle, und wegen erschwerten Abflusses durch das arterielle Ostium zur Erweiterung des venösen Ostiums, und so könnte bei ganz intakter Mitralklappe die relative Insufficienz zu Stande kommen. Der festere Verschluss der Semilunarklappen der Aorta durch erhöhten arteriellen Druck verhindert eine Erweiterung dieses Ostiums, während die Ausweitung des venösen Ostiums noch durch den verstärkten negativen Druck im Thorax, bei dem verminderten venösen Rückflusse, wegen der gehemmten inspiratorischen Thoraxerweiterung, gewissermaassen durch verstärkten Zug von Aussen, unterstützt werden dürfte. Ob nicht das wahrscheinlich veränderte Verhältniss des Druckes zwischen Aorta und Pulmonalvenen speciell der verminderte Druck in denselben und dem linken Vorhofe, den die gehemmte Inspiration zur Folge haben muss, den Mitralrückfluss gleichfalls erleichtern werde, ist fraglich.“ Dass in jenen Fällen keine organische Erkrankung vorlag, beweist die vollkommene Wiederherstellung durch Ruhe, Digitalis und Kälte.

**Ungar.**

---

## Professor Roth, Ueber Hydronephrose in Folge Compression des Ureter durch abnormen Gefässabgang.

Ueber vorstehenden von Prof. Roth mit Hinweis auf vier selbstuntersuchte Fälle in der medicinischen Gesellschaft in Basel gehaltenen Vortrag referirt das Correspondenzblatt für schweizer Aerzte (1880 No. 6) folgendermassen: „Während normaler Weise vorn und oben die Vene, etwas nach hinten und unten davon die Arterie und noch etwas tiefer der Ureter mündet, ging in den 4 Fällen eine Arteria renalis accessoria inferior ab. Die hydronephrotischen Säcke waren auf Druck nicht zu entleeren, wohl aber durch Sondirung vom Ureter her; ihr unterer Theil war schnabelförmig und zerfiel in zwei Fortsätze: vor der accessorischen Arterie lag der Sack selber, hinter derselben der nicht dilatirte Ureter, dazwischen die durch die Arterie comprimirte Stelle. Beim Eintritt einer vorübergehenden Stauung, durch welche das Nierenbecken stärker gefüllt wird, wird der Ureter

durch das Nierenbecken über und vor die accessorische Arterie gezerrt, und nun liegt der Ureter so, dass er gedrückt werden muss. Bei starker Stauung kann zuweilen noch Harn durchgehen, doch ist die Atrophie der betreffenden Nieren meist ziemlich stark. Solche Fälle, wo der Ureter für die Sonde wegsam bleibt und dennoch durch Stauung Hydronephrose entstanden ist, könnten zur chirurgischen Sondenbehandlung geeignet sein."

---

**Dr. Ottom. Rosenbach, Beitrag zur Lehre von der periodischen Haemoglobinurie.** (Berl. Klin. Wochenschr. 1880. Nr. 10.)

Ein 7jähriger Knabe war ausser einem Keuchhusten bis zum 5. Jahre gesund. Nach einem Sturz vom Wagen, wobei er kurze Zeit bewusstlos war, sonst aber keine Verletzung erlitt, fing er an weniger frisch auszusehen. Bald darauf treten Anfälle folgender Art ein. Es tritt Frösteln, Gähnen ein, der Knabe sieht blass aus, streckt sich, bekommt häufige Stirnkopfschmerzen und wird so müde, dass er einschläft; die Haut ist etwas warm. Nach etwa einer Stunde erwacht, lässt er einen dunklen Urin und hat nach wenigen Stunden wieder sein normales Aussehen, auch der Urin wird nach höchstens 3 Stunden wieder hell. Im Beginn der Erkrankung waren die Anfälle kürzer, die Farbe des dabei entleerten Harnes heller, als später. An dem Patienten ist ausser einem unreinen 1. Ton an der Herzspitze nichts Abnormes zu finden. Der Harn, 1012—15 spec. Gew., ist frei von Eiweiss. In den Anfällen ist der Harn hellblutig-roth bis schwarz, 1007—9, alkalisch und entwickelt nach kurzem Stehen Ammoniak; anfangs klar, setzt er beim Stehen ein immer reichlicher werdendes flockiges Sediment; der Farbe proportional eiweisshaltig. Kaliprobe und Spectroscop ergeben Haemoglobin, mikroskopisch finden sich Haemoglobinkörnchen, Haemoglobincylinder in mässiger Menge, sehr wenig rothe und weisse Blutkörperchen, bisweilen blasse hyaline Cylinder; im Blut selbst nichts Abnormes, keine Zerfallskörperchen. R. beobachtete selbst einen Anfall. Der Harn erschien im ersten Beginn desselben eiweisshaltig, aber völlig frei von Haemoglobin, Blutproben ergaben nichts Abnormes. Unter Gähnen und Recken wurde der Knabe blass und seine Temperatur stieg binnen 15 Minuten auf 39,1. 20 Min. nach der ersten Harnprobe wurde wieder entleert und zwar ein dunkelblutrother Harn von 1009 spec. Gew., er enthielt Haemoglobincylinder, giebt spectroscopisch Haemoglobinstreifen; Blutuntersuchung wieder negativ. Die Temperatur erreicht noch 39,5 binnen weiteren 5 Minuten und fällt in der nächsten halben Stunde zur Norm ab, dabei klebriger Schweiss auf der Stirn. Der Knabe war dann völlig munter, hatte nur grossen Durst. Um den Einfluss der Kälte auf das Zustandekommen der Anfälle zu konstatiren, wurde mit Einverständniss der Eltern dem Knaben ein Fussbad von 14° R., bis zur Wade reichend, gegeben, in welchem er 3/4 Stunde blieb ohne irgend welche Unbequemlichkeit. Unmittelbar vor der Beendigung des Bades Entleerung eines fleischwasserfarbenen Urins. Füsse sehr kalt, Temperatur in ano 37,4; plötzlich rasende Kopfschmerzen, erschreckender Collaps,



Puls von 100 auf 80 gefallen, stark dicrot. Temperatur steigt bald auf 39, nach 1/2 Stunde beginnt der Abfall, nach 1/2 Stunde Schlaf, pechschwarzer Urin 1008 Gew., nach 1/4 Stunde hell-burgunder-rother 1009 Gew. — alle 3 Proben stets eiweisshaltig und mikroskopisch wie spectroskopisch wie oben geschildert. Es folgt noch weiterer Schlaf, dann nochmals pechschwarzer Urin. Beide Nierengegenden auf Druck sehr schmerzhaft, Milz erscheint etwas vergrössert. Die Blutuntersuchung sowohl vor Beginn des Anfalls, als in demselben ergab wiederum keine Zerfallsproducte, nur leichte Vermehrung der weissen Körperchen, wie sie oft bei Fieberparoxysmen vorkommt. Der Knabe war hiernach völlig wohl und ist bei Gebrauch von Eisen und wollener Kleidung seitdem voll genesen. Dieser letzte sehr intensive Anfall war also offenbar eine Folge des Fussbades. Ob nun die periodische Haemoglobinurie von einer directen Nierenreizung ausgeht oder diese erst durch vorher verändertes Blut (Ueberschwemmung mit Zerfallsproducten) erzeugt wird, wie Ponfik und Lichtheim dies annehmen, lässt sich aus dieser einen Beobachtung zwar nicht entscheiden, dieselbe spricht aber mehr für die erstere Alternative. R.

---

**Dr. Franz Penzoldt, Zur Beurtheilung der Wirksamkeit der Droguen von Quebracho Ospidosperma, insbesondere des käuflichen lignum Quebracho, in Fällen von Dyspnoe.** (Berl. klin. Wochenschrift. 1880. Nr. 10.)

Die Versuche mit Quebracho (spr. „Kebratscho"), welche P. in der Berl. klin. Wochenschr. 1879 Nr. 24 mittheilte, waren mit der Rinde von Ospidosperma Quebr. (Schlechtendahl) angestellt. Da ausser der ihm zugegangenen Probe derselben andere echte Rinde nicht mehr aufzutreiben war, benutzte P. sodann das durch F. A. Büdingen in Frankfurt a. M. bezogene Holz, welches dieselben Wirkungen, aber schwächer zeigte. Spätere Versuche Anderer sind mit „Extractum Quebracho" gemacht, welches weder der Rinde noch dem Holz gleich erachtet werden kann. Dasselbe, ebenfalls von Büdingen bezogen, sieht aus wie Pech, ist spröde und hart, äusserte aber auf Frösche ungleich schwächere und viel langsamere Wirkung, als die Auszüge der Rinde und des Holzes. Ausserdem haben aber auch andere Beobachter mit Holz Erfahrungen gesammelt, die mit denen P.'s übereinstimmen, so Berthold und Picot (Berl. klin. Wochenschr. 1879. Nr. 52). Da bisher Rinde eben nicht zu haben ist, so muss das Holz angewendet werden. Obwohl die einzelnen Asthmaformen, in denen es nützt oder nicht nützt, noch nicht genügend festzustellen sind, lässt sich bis jetzt etwa so viel sagen, dass Emphysematiker den meisten, Phthisiker, Herzkranke und mit Bronchialasthma Behaftete nicht seltenen, Nierenkranke wenig Erfolg haben. Man muss im einzelnen Fall die wirksame Dosis finden, da ein zu wenig ebenso wie ein zu viel die Wirkung behindern kann. Bis Andere bessere Methoden der Bereitung angeben, mag folgende befolgt werden: 10 grm des fein pulverisirten Holzes werden mit 100 absolutem Alcohol 8 Tage wohlverkorkt stehen gelassen. Alsdann filtrirt, das Filtrat auf dem Wasserbade zum



Trocknen abgedampft, in 20 ccm heissem Wasser gelöst und filtrirt. 1 Theelöffel entspricht 2 grm der Drogue. Man giebt 1—2 Theelöffel 3mal täglich. R.

---

**Dr. Batterburg, Du lait comme véhicule de la quinquine.** Milch als Vehikel des Chinins. (Moniteur de la Policlinique 1880. Nr. 12.)

Batterburg rühmt die Milch als vorzügliches Lösungsmittel des Chinin. sulfur. und hebt deren Fähigkeit hervor, den Geschmack dieses Salzes zu verdecken. In 30 gr Milch sind 5 centgr des Salzes kaum zu schmecken; 10 centgr lassen den bitteren Geschmack nicht deutlich hervortreten; 25 centgr verursachen noch keinen unangenehmen bitteren Geschmack. Demnach empfiehlt sich diese Darreichungsweise besonders für die Kinderpraxis. Ungar.

---

**Dr. E. Large, Recherches physiologiques sur les bains de vapeur sèche (Hammans Bains turcs).** Physiologische Untersuchungen über die trocknen Dampf-Bäder (Hammans Türkische Bäder.) (Archives generales de médec. Febr. 1880.)

Verf. studirte die Wirkung der Bäder in der Anstalt zu Paris während eines Jahres. Nach der Beschreibung ist die Einrichtung derselben die folgende: Zuerst gelangt man in den auf 50° C. erhitzten Raum, wo man bis zu einer halben Stunde bleibt, um dann entweder noch in die Räume von 70° und 90° oder direct auf eine kurze Zeit unter die kalte Douche oder in einen mit kaltem fliessendem Wasser gefüllten Behälter zu gehen; dann wird der Körper massirt und darauf in Decken eingeschlagen, worin man bis zu einer Stunde bleibt. Der Einfluss der Bäder war folgender: 1) auf die Circulation im Baderaum von 50° C. Nach 15 Minuten Aufenthalt ist der Puls 78, klein und hart. Gelinder Schweiss. Nach 25 Minuten Puls 85—88, selten bis 100 und fällt dann auf 74. Bei 70° C. steigt der Puls in 4—5 Min. auf 110, wird klein und hart, sinkt nach der 10. Min. auf 94, und wird weicher und grösser, Schweiss beginnt; nach der 15. Min. wird der Puls sehr klein, kaum fühlbar, steigt auf 120, es stellt sich heftiges mit Beängstigung verbundenes Herzklopfen ein. Bei 90° C. steigt der Puls noch rascher auf 110, nach 10 Min. auf 125, nach 15 Min. auf 135, bleibt dabei immer hart und klein. Jetzt wird das Herzklopfen sehr stark, beängstigend, schmerzhaft, sämmtliche Arterien, besonders die Carotiden, klopfen stark. Das Bad wird verlassen. 2) auf die Athmung. Bei 50° C. steigt die Athmung nach ½ Stunde auf 28—30, bleibt aber regelmässig, thoraco-abdominal. Bei 70° und 90° stellt sich ein vorübergehendes, unangenehmes Wärme-Gefühl in den Nasengruben, Trockenheit und Prickeln in den Augenlidern, Mund und Rachen ein. Die Athmung steigt auf 32, wird ängstlich, unregelmässig, abgesetzt zweizeitig und ausschliesslich pectoral, das Zwerchfell arbeitet nicht mehr. Nach 15—20 Min. starke Beklemmung. 3) auf die Temperatur. Dieselbe hob sich nur bei ausnehmend langen

und heissen Bädern im höchsten Falle um 1° C., meist nur um einige Zehntel.

Ferner berichtet Large über die nunmehr eintretenden Veränderungen unter der abkühlenden Douche bez. dem kalten Bad und der dann folgenden Ruhe. Unter der Douche nach $^1/_2$-stündigem Bad bei 50° C. fällt der Puls, wird klein, hart, wie eine gespannte Sehne und kaum fühlbar nach etwa 15—20 Sec. Die Athmung wird Anfangs sehr oberflächlich, abgesetzt, verlangsamt sich etwas und wird freier und tiefer. Im Ruhezimmer nach 10 Min. ist der Puls unter der Norm 48—70, Athmung noch etwas erhöht, Temperatur sinkt um $^1/_{10}$°. Starkes Gefühl der Erfrischung, nach 20—25 Min. wird Puls und Temperatur normal, die Athmung bleibt auf 24°. Schweiss hört nach der Douche auf. Nach einer Stunde ist alles wieder normal. Appetit und Durst sehr angeregt. Grosses Wohlbehagen, das den ganzen Tag andauert. Urinmenge 1500 gr. Harnstoffmenge unverändert. Gewichts-Verlust 50—200 gr. — Nach 20 Min. bei 70° C. Unter der Douche wird der Puls kaum fühlbar, die Arterie erscheint blutleer, wird dann nach 30 Sec. voller, fällt aber von 120 auf 80 Schläge. Die Athem-Frequenz fällt von 30 auf 24 und wird freier und wieder abdominell. Die Wirkung des kalten Wasserbades (piscine) ist noch stärker. Der Puls fällt auf 70, die Athmung auf 22. Nach 15 Min. ist der Puls normal. Die Athmung bleibt noch längere Zeit erhöht. Nach 35 Min. ist die Temperatur um $^7/_{10}$° gefallen; Urinmenge, Durst und Appetit vermehrt. Harnstoffmenge unverändert. Gewichts-Verlust bis 100 gr. — Nach 10 Min. bei 90°. Unter der Abkühlung fällt der Puls schnell von 120 auf 80, die Athmung fällt langsamer auf 26 und tiefer. Alle übrigen Veränderungen sind wie bei 70°. Therapeutische Indicationen und Schlüsse leitet der Verf. aus seinen Beobachtungen nicht ab, hält jedoch die Bäder für sehr nützlich zur Verwendung für curative Zwecke. Bartold.

---

**Dr. Dumontpallier, Etude experimentale sur le refroidissement du corps humain au moyen de l'appareil refrigérateur de M. M. Domontpallier et Galante.** Experimentelles Studium über die Abkühlung des menschlichen Körpers mit dem Abkühlungsapparat von Dumontpallier und Galante. (L'Union médicale No. 27, 30, 31. 1880.)

Vf. stellt sich zur Aufgabe, die Temperatur des menschlichen Körpers zu vermindern auf eine progressive continuirliche oder intermittirende Weise, durch eine Vorrichtung, deren Wirkung wissenschaftlich messbar in jeder Zeiteinheit ist und welche den Kranken keiner Gefahr aussetzt. Der Apparat besteht aus zwei Theilen: 1. Eine abkühlende Umhüllung, bestimmt eine Wasserschicht gleichmässig über die Oberfläche des Körpers zu vertheilen. Diese Umhüllung kann vergrössert und verkleinert werden. Ein Kautschuk-Rohr von 40 Meter Länge und 1 Cm. Durchmesser durchläuft den Raum. Der Wasserstrom wird niemals unterbrochen, welches auch die Schwere des Individuums ist und welche Bewegungen es ausübe. Ein kleiner Apparat



im Laufe des Rohres würde die geringste Veränderung des Stromes zeigen. 2. Ein Apparat mit Hähnen versehen, ist in Verbindung mit den Eingangs- und Ausgangsöffnungen der Hülle. Die Hähne erlauben die Schnelligkeit des Stromes zu regeln, und die Thermometer zeigen jeden Augenblick die Temperatur des Wassers beim Ein- und Ausfliessen aus der Hülle. — Durch Erfahrung hat D. gelernt, dass das Thermometer des Austritthahnes Anzeichen liefern kann über den Grad der Abkühlung des Individuums. Bei der Anwendung des Apparates werden die Temperaturen in der Achselhöhle und im Rectum notirt; man umgiebt den Kranken mit der Hülle und lässt ihn im Bett mit der Decke umgeben. Die Hähne werden geöffnet. Bald zeigt das Thermometer an der Ausgangsöffnung ein Abfallen. Man kann also, während der Patient im Bette liegt, seine Temperatur nach Willkür vermindern. Vf. sucht weiter darzustellen, dass die Anwendung des Apparates ohne Gefahr für den Kranken geschehen kann. Selbst wenn die Temperatur bei einem normalen Menschen um 2°, 8 in der Achselhöhle und 1°, 9 im Rectum abgenommen hatte, verspürte man keine üble Folge. Tritt ein unangenehmer Zufall auf, so würde man sein Weiterschreiten hemmen durch Schliessen der Hähne und Umklappen der Hülle, wodurch nur der hintere Theil des Körpers mit dem Wasser in Berührung bleibt. Nachdem D. die Resultate der hauptsächlichsten Experimente vorgetragen hat, folgert er folgendes: 1. Die periphere Abkühlung beschränkt auf die behaarte Haut, auf die oberen oder unteren Extremitäten, auf die vordere Abdominalgegend, oder Lebergegend hat keine oder sehr wenig Einwirkung auf die allgemeine Temperatur. 2. Die Abkühlung der ganzen Oberfläche giebt in 1—15 Stunden eine centrale Abnahme um 1°—2°. 3. Die Abkühlung der Thoracoabdominalfläche giebt nach einiger Zeit eine Abnahme der allgemeinen Temperatur von 1°—2°. Später will er den Einfluss der Temperaturabnahme auf Circulation, Respiration, Menge und Zusammensetzung des Harnes untersuchen. Ueber den Werth dieses Apparates in hyperpyretischen Krankheiten muss man mehrere Erfahrung abwarten.

Roux.

---

**Dr. Jacob Singer, Zur Geschichte der Metallotherapie.** (Prager medic. Wochenschr. 1880. Nr. 10.)

S. theilt mit, dass Purkinje bereits in dem Artikel „Wachen, Schlaf, Traum und verwandte Zustände“ in Wagner's Handwörterbuch der Physiologie einen Fall anführt, wo bei einer von periodischer Starrsucht befallenen Hysterica edlere Metalle an einzelnen Körpertheilen den Krampf zu heben vermochten. Bartold.

---

**Paraphimosis moyen simple de reduction.** (Journ. de la Soc. de la Haute-Vienne. — Le médecin, Moniteur de la Policlinique No. 2 1880.)

In schwierigeren Fällen von Paraphimose, in denen die Reposition bei Anwendung der gewöhnlichen Manipulationen nicht gelingen wollte, verfuhr Dr. Bardinet folgendermassen: Er schob drei Haar-

nadeln, in einer gewissen Entfernung von einander, mit ihrem convexen Ende hinter die Corona glandis unter den einschnürenden Ring. Ueber die auf diese Art gebildeten drei Brücken liess sich die Vorhaut, ohne durch irgend ein Hinderniss aufgehalten zu werden, mit der grössten Leichtigkeit hinüberführen. U.

---

**De la glycérine contre les hémorrhoïdes internes.** Glycerin gegen innere Hämorrhoiden. (Moniteur de la Policlinique 1880. Nr. 12.)

Gegen innere Hämorrhoiden empfiehlt Dr. Davin Young Morgens und Abends 6 bis 10 gr Glycerin in ein wenig Wasser, dem man einige Tropfen Citronensaft hinzufügen kann, einzunehmen. Dr. Jalland wandte dieses Mittel in 3-stündigen Dosen von 5 gr bei einer 21jährigen, an vorgeschrittener Phthise leidenden Frau an; nach 24 Stunden war der Schmerz bedeutend gemildert, nach 48 Stunden völlig geschwunden. Zwar trat er später wieder auf, aber mit geringerer Heftigkeit, und brachten ihn nun schwächere Dosen Glycerin zum Schwinden. Ungar.

---

## Neue Bücher.

Bartholow, Practical treatise on materia medica and Therapeutics. New-York. 1 sh. 5 d.

Beard, Practical treatise on nervous exhaustion. Its symptoms, nature, sequences, treatment. New-York. 7 sh. 6 d.

Cantani, Specielle Pathologie u. Therapie der Stoffwechselkrankheiten. II. Ovaturie, Gicht, Steinkrankheiten; aus dem Italienischen v. Dr. S. Hahn. Berlin, Denike's Verlag. 5 M.

Gill, Indigestion: What it is, what it leads to, and a new method of treating it. Churchill. 3 sh. 6 d.

Mac Munn, The spectroscope in medicine. Illustr. Philadelphia. 15 sh.

Meigs, On the internal use of water for the sick, and on thirst a clinical lecture. Philadelphia. 1 sh. 6 d.

Muraté-Larré, Des troubles mentaux dans l'asystolie. Paris. Parent.

Neumayer, 9 Thesen zur Diphtheritisfrage. Freising, Datterer. 50 Pfg.

Perthon de Lamallerée, Etude sur la laryngite syphilitique. Paris, Parent.

Puel, De la dacryocystite et de son traitement. Paris, Parent.

Thorowgood, On consumption and its treatment by the Hypophosphytes. London, Baillière. 2 sh. 6 d.

Valude, Des ulcères de la cornée avec hypopion chez les enfants. Paris, Parent.

Vieiot, De la lèpre anesthétique. Lyon, Pitrat ainé.

Wintrebert, Contribution à l'étude de la stérilité chez la femme. Paris, Baillière.

Wurtz, Traité de chimie biologique Ire part. avec figures dans le texte. Paris, Masson. 9 frs.

---

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.





Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen nebst Titel und Register.

# Centralblatt
für
# KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigirt von

**Dr. H. Rühle,** Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

**Dr. D. Finkler,** Privatdocent und Assistent an der medicin. Klinik in Bonn.

**1880. 17. April. Nro. 8.**

**Inhalt:** Referate: **Hirsch** u. **Sommerbrodt**, Mittheilungen über die Pest-Epidemie im Winter 1878—1879 im russischen Gouvernement Astrachan. Nach dem seitens der dorthin entsandten Commission an die Deutsche Reichsregierung erstatteten Berichte bearbeitet. — **Proels**, Eine Typhus-Epidemie. — **Bizzozero**, Das Chromocytometer. — **Toussaint**, Contribution à l'étude de la transmission de la tuberculose. — **Wagner**, Beiträge zur Kenntniss der respiratorischen Leistungen des Nervus vagus. — **Desnos**, Spasme fonctionnel du muscle sterno-cleido-mastoidien du côté droit. — **Séquard**, Expériences montrant que l'anesthésie due à certaines lésions du centre cérebro-rachidien peut être remplaçée par l'hyperesthésie, sous l'influence d'une autre lésion de ce centre. — **Laffont**, De l'excitabilité du nerf depresseur avant la piqûre du plancher du 4. ventricule, et à divers moments après cette piqûre. — **Pfleger**, Beobachtungen über Schrumpfung und Sklerose des Ammonshornes bei Epilepsie. — **Bruch**, Qualitative Analyse der Hautsensibilität. — **Berger**, Zur Nosologie der Tabes dorsalis. — **Boettcher**, Ein seltner Fall von Neurose. — **Goodhart**, On anaemia as a cause of heart disease. — **Mégnin**, Sur l'origine du taenia inerme. — **Jarisch**, Chemische Studien über Pemphigus. — **Langlebert**, Ein neues Lithophon. — **Dardenne**, De la Guinoïdine. — **Stüler**, Beitrag zur Chloralwirkung. — **Schwimmer**, Zur Therapie der Variola vom Standpunkte der Micrococcuslehre.

**A. Hirsch** und **M. Sommerbrodt**, **Mittheilungen über die Pest-Epidemie im Winter 1878—1879 im russischen Gouvernement Astrachan. Nach dem seitens der dorthin entsandten Commission an die Deutsche Reichsregierung erstatteten Berichte bearbeitet.** Berlin, Carl Heymann. 1880. 104 S.

Wie das von den drei Mitgliedern der Commission Prof. Hirsch, Docent Küssner und Stabsarzt Sommerbrodt unterzeichnete Vorwort mittheilt, sind die Untersuchungen von den genannten Herren gemeinschaftlich angestellt worden; die spezielle Ausarbeitung hat den in Berlin lebenden Commissionsmitgliedern obgelegen. Der Bericht ist in 5 Kapitel getheilt, von denen das erste „Die medicinische Topographie des Gouvernements Astrachan mit spezieller Beziehung auf die inficirt gewesenen Ortschaften" behandelt, das zweite „Geschichte und Statistik der Epidemie", das dritte „Symptomatologie und Casuistik", das vierte „Ueber die Ursachen des Auftretens und der Verbreitung der Pest im Gouvernement Astrachan im Jahre 1878—1879", das fünfte „Ueber die Massregeln, welche zur Beschränknng und Bekäm-



pfung der Seuche ergriffen und ausgeführt worden sind", betitelt ist. Bekanntlich ist das am rechten Ufer der Wolga gelegene Kosakendorf Wetljanka der Mittelpunkt der Pestepidemie gewesen. Dass die Seuche hier autochthon entstanden sei, wäre eine unbegründete Annahme. Man kann nicht wohl im Ernste behaupten, dass speziell etwa unter dem Einflusse der schmutzigen und stinkenden Fischsalzereien die Krankheit spontan sich entwickelt habe. Ueberdies lehrt der Commissionsbericht, dass das genannte Dorf in seinen hygienischen Verhältnissen vor vielen Dörfern Deutschlands und Oesterreichs sich auszeichnet. Während in der Stadt Astrachan durchschnittlich jährlich 1 Geburt auf 36,5 und 1 Sterbefall auf 21 Einwohner kommt, betrug im Durchschnitt der letzten Jahre die Zahl der Geburten in Wetljanka 94, die der Todesfälle 61 auf 1732 Einwohner (gleich 1 zu 18; resp. 1 zu 28). Wenn auch über Mangel an Reinlichkeit mit Recht geklagt werden dürfte, so fand die Commission doch die Anlage der Strassen und Wohnungen nicht ohne einen gewissen Comfort, die Gehöfte zweckmässig eingerichtet und vielfach Zeichen von Wohlhabendheit. Die Bevölkerung wird als intelligent bezeichnet. Eine empfindliche Schattenseite in allen Dörfern des Gouvernements ist der Mangel an Brunnen; alles Gebrauchswasser wird dem verunreinigten Flusse entnommen. Vorherrschende Krankheiten in den Flussniederungen sind Malariafieber und Rheumatismen sowie entzündliche Affectionen der Athemorgane; sehr verbreitet sind Skrophulose und Syphilis; Schwindsucht fehlt auffallenderweise fast gänzlich. In den letzten Jahren herrschten im Gouvernement epidemisch Typhen (besonders Ileotyphus), Masern, Scharlach und Blattern; Pest war seit der Epidemie von 1807 und 1808 nicht mehr beobachtet worden. Ein grosser Uebelstand ist die geringe Zahl befähigter Aerzte im Gouvernement. In den Stanitzen liegt die Praxis fast gänzlich in Händen sog. Feldscherer, einer mangelhaft gebildeten Klasse von Heilkünstlern. Im Jahre 1877 praktizirten im Gouvernement (500000 Seelen) 20 Aerzte, davon 13 in der Stadt Astrachan, und 37 Feldscherer; bei den Kalmücken (Bewohner der Steppen) 1 Arzt und etwa 10 Feldscherer, bei den Kosaken (Dorfbewohnern) 4 Aerzte und 17 Feldscherer. — Die Frage nach dem Ursprung der Seuche ist nicht mit voller Sicherheit gelöst worden. Die Pest hatte bis zum Herbst 1877 nachweislich in Persien und in Mesopotamien geherrscht und zwar in Persien vom Herbste 1876 an ausschliesslich an der Küste des Kaspischen Meeres (in Rescht). Eine russische Quarantaine gegen Provenienzen aus Persien ist aber erst im April und im Mai 1877 in Baku (an der Westküste des Kaspischen Meeres) und vor Astrachan eröffnet worden. Eine Verschleppung nach Astrachan wäre also schon 1876 und 1877 möglich gewesen. In der That hat während des Sommers 1877 in dieser Stadt und deren Umgegend eine Krankheit Verbreitung gefunden, welche unter den Erscheinungen einer leichten Pest verlief. Diese von den Astrachaner Aerzten als Pestis nostras bezeichnete Krankheit hatte etwa 100—150 Personen befallen, die fast alle ambulatorisch behandelt werden konnten. Nachdem die Kranken etwa 14 Tage gefiebert hatten, zeigten sich Lymphdrüsenschwellungen an verschiedenen Körperstellen (am häufigsten übrigens submaxillar, also anders als bei der



eigentlichen Pest), welche selten vereiterten, zuweilen mehrmonatlichen Bestand hatten. Der Verlauf der Krankheit war stets ein sehr protrahirter. Uebertragbarkeit oder Bösartigkeit ist in keinem Falle beobachtet worden; ein Kranker ist an Pyämie verstorben. Es blieb indess sehr fraglich, ob zwischen dieser Krankheit des Jahres 1877 und dem Ausbruch der mörderischen Epidemie in Wetljanka im Herbst 1878 ein Zusammenhang bestand. Die Commission hält es nach ihren Untersuchungen für sehr viel wahrscheinlicher, dass die Einschleppung der Seuche nach Wetljanka durch Effecten, welche die heimkehrenden Kosaken nach Hause gesandt hatten, erfolgt ist. Thatsächlich fällt das erste Auftreten der Pest mit der Rückkehr der Kosaken vom Kriegsschauplatze zeitlich zusammen; doch so, dass schon anfangs October tödtliche Pestfälle vorkamen, während die ersten Soldaten erst um die Mitte dieses Monats im Dorfe eintrafen. Die Kosaken selbst haben die Krankheit also nicht gebracht, auch hat die Pest im russischen Heere nicht geherrscht. Wohl aber sind ohne Zweifel schon im September Effecten vom Kriegsschauplatze in Wetljanka eingetroffen; als solche werden Reisesäcke, Geldbeutel, Hemden, Tücher u. s. w. namhaft gemacht, Gegenstände, an welchen das Pestgift leicht haftet und wirksam erhalten bleibt. Die Commission spricht die Vermuthung aus, dass die qu. Effecten durch türkische Truppen oder auf anderm Wege 1877 oder 1878 aus den verseucht gewesenen Gegenden Mesopotamiens nach einem Orte Armeniens gelangt, wo sie unberührt und wohlverschlossen liegen geblieben, einzelnen Kosaken aus Wetljanka als Kriegsbeute in die Hände gefallen und von diesen uneröffnet so lange mitgeführt worden sind, bis sich ihnen die Gelegenheit bot, dieselben nach Hause zu schaffen. Wahrscheinlich nahmen die ersten Pestfälle, die vielleicht schon gegen Ende September vorgekommen sind, einen leichten Verlauf. Im October haben mehrere Fälle tödtlichen Ausgang gehabt. Sehr interessant sind die in der Hinterlassenschaft des an der Pest verstorbenen Dorfgeistlichen gefundenen Aufzeichnungen, aus welchen hervorgeht, dass dieser schon Ende October die Uebertragbarkeit der Krankheit fürchtete. Aerztlicherseits sprach man lange noch von bösartiger Malaria oder von typhösen Fiebern. Dem gegenüber schreibt der Geistliche: Wo die Krankheit in eine Familie kommt, da sterben sie Alle und nur Wenige überleben. Die Aerzte sagen, es sei ein Fieber; als ob wir das Fieber nicht kennten! Die Leute bekommen Kopfschmerz, Hitze, Schwindel, Erbrechen und eine Anschwellung in der Leiste oder in der Achsel und in 3—4 oder höchstens in 6 Tagen sind sie todt. Ist das ein Fieber?! In der letzten Hälfte des Monats November sind zahlreichere Erkrankungen erfolgt; anfangs December nahm die Seuche plötzlich einen bedeutenden Aufschwung, dessen Akme in die zweite Woche des Monats gefallen. Schon in der letzten Hälfte dieses Monats trat ein wesentlicher Nachlass ein; in der zweiten Woche des Januar erlosch die Epidemie. Doch sind noch im März einige nachträgliche, vereinzelt gebliebene Pestfälle beobachtet worden. Die Commission gibt unter Benutzung der nicht ganz zuverlässigen Todtenlisten die Summe der in Wetljanka an der Epidemie Gestorbenen auf 359 = 20 pCt. der



Gesammtbevölkerung an; noch weniger zuverlässig ist die Zahl der Genesenen = 81. Die Epidemie war ziemlich gleichmässig über den Ort verbreitet; sie trat in unregelmässigen Sprüngen bald hier, bald dort auf; es scheinen insbesondere die Verkehrsbeziehungen der Familien zu einander bestimmend auf den Verlauf der Seuche eingewirkt zu haben. — Die Epidemien in den benachbarten Dörfern lassen sich auf nachweisliche Einschleppungen von Wetljanka aus zurückführen, als hier die Krankheit die höchste Verbreitung gefunden hatte. In Starizkoje acht Fälle, in Prischib 16, alle mit tödtlichem Ausgang; in Michaelowka vier Fälle in einer Familie, davon drei tödtlich; in Udatschnoje zwei, in Selitrenoje 32 Todesfälle. In den drei ersten der genannten Ortschaften waren energische, freilich zum Theil roher Selbsthilfe zu verdankende Absperrungsmassregeln zur Ausführung gekommen. Da die Commission erst nach Ablauf der Epidemie im Gouvernement eintraf, so war die Feststellung der Casuistik und der Symptomatologie der Krankheit sehr erschwert. Aerztliche Beobachtungen waren ausser in Wetljanka nur vereinzelt und in mancher Hinsicht lückenhaft gemacht worden, Obductionsberichte fehlten. Nach Wetljanka waren vom 9. November dauernd Militärärzte commandirt worden, drei Aerzte und sechs Feldscherer sind dort gestorben. Im Wesentlichen war die Commission auf die Aussagen der wenigen Genesenen und der überlebenden Familien-Mitglieder angewiesen. Der Bericht gibt eine Darstellung der von Dorf zu Dorf vorgenommenen Erhebungen. Es werden Krankengeschichten und sonstige Notizen über die einzelnen Pestfälle mitgetheilt. Die Diagnose der in Starizkoje und Prischib vorgekommenen Erkrankungen war zunächst nicht mit Sicherheit zu stellen. Die Fälle endeten alle tödtlich. Sie waren äusserst übertragbar, begannen mit Kopfschmerz, Frost, Hitze und Angstgefühl, gingen bei bis zur Agone ungetrübtem Bewusstsein ohne Exanthem und ohne Bubonen mit meist mässigem Fieber, Durst, Verstopfung, Erbrechen einher und waren kurz vor dem Tode mit schweren Nervenerscheinungen (Nackenstarre, tonisch-klonische Krämpfe, Lähmungen) begleitet. Dauer durchschnittlich 48 Stunden. Die Untersuchungen in Wetljanka lehrten, dass derartige Fälle auch hier auf der Höhe der Epidemie zahlreich waren, sie bilden die schwerste Form der Pest (Pestis siderans). In den mittelschweren Fällen waren Bubonen die Regel, sie führten in 4—6 Tagen zum Tode oder heilten in 1—3 Wochen. Die leichten Fälle begannen mit Kopfschmerz, meistens Schüttelfrost und oft gleichzeitiger Anschwellung einer der inguinalen, cruralen, seltener der axillaren oder cervicalen und submaxillaren Lymphdrüsen, die meist in Vereiterung überging. Häufig war anfangs Erbrechen, im weiteren Verlauf Verstopfung vorhanden. Fieber von mässiger Höhe, zuweilen von intermittirendem oder recurrirendem Typus. Die Eröffnung der Bubonen brachte grosse Erleichterung. Die Reconvalescenz wurde anscheinend immer durch das Auftreten eines profusen Schweisses eingeleitet. In einem der nachträglichen Fälle wurde mikroskopisch eine Umwandelung der Eiterkörperchen in grosse Körnchenkugeln bereits am Tage der Eröffnung, drei Tage nach Entstehung des Bubo constatirt. In diesem Falle ergab die Bluntuntersuchung eine deutliche Vermehrung



der weissen Blutkörperchen und eine enorme Anzahl minimaler glänzender Körnchen im Blutserum, über deren Natur und Bedeutung, da die Beobachtung vereinzelt blieb, Schlüsse zu ziehen nicht möglich war. Die Incubationszeit wird als zwischen 2,5 und 8 Tagen schwankend berechnet. — Hervorzuheben bleibt, dass zwei während der Epidemie in Wetljanka thätige, später dort ebenfalls gestorbene Aerzte die Seuche für epidemische Pneumonie erklärten und hierdurch zur Verschiebung der Absperrmassregeln wesentlich beitrugen. Die Commission zweifelt aber stark an der Richtigkeit der Diagnosen. Nicht allein in den von jenen Aerzten geführten Todtenlisten wurden bedeutende Ungenauigkeiten entdeckt, sondern es ergab sich auch, dass Bluthusten nur selten vorgekommen, sowie dass die Kranken nur in vereinzelten Fällen auscultatorisch untersucht worden waren. Uebrigens kamen während der Anwesenheit der Commission in Wetljanka drei Fälle von Pneumonie vor, von denen einer bei einem kleinen Kinde letal endete; zwei dieser Kranken waren sehr wahrscheinlich Reconvalescenten von Pest. Immerhin berechtigen auch diese Fälle nicht, die Pneunomie als etwas mit der Pest in näherer oder entfernterer Verbindung Stehendes zu betrachten. — Das Kapitel über die Massregeln zur Beschränkung und Bekämpfung der Seuche resümiren die Verff. des Berichts folgendermassen: „Die russische Regierung hat in Folge mangelhafter Berichte und unklarer Anschauungen von der Natur der Seuche erst zu einer Zeit Kenntniss von den Vorgängen in Wetljanka erhalten, als die Epidemie ihren Höhepunkt bereits überschritten hatte und ihrem natürlichen Ende entgegenging. Zu energischen Massregeln behufs Beschränkung und Bekämpfung der Seuche ist die Regierung erst geschritten, als sich die Augen Europa's auf die Ereignisse im Gouvernement Astrachan lenkten, von den benachbarten Staaten Verkehrbeschränkungen gegen Russland in's Leben gerufen und wissenschaftliche Experten zum Studium der Seuche nach Astrachan entsendet wurden. — Dem Grafen Loris Melikof ist die Aufgabe zugefallen, die Spuren der abgelaufenen Epidemie zu tilgen, ihrem Wiederaufflammen vorzubeugen und auf eine Verbesserung der sanitätspolizeilichen Zustände im Gouvernement hinzuwirken, und dieser schwierigen Aufgabe hat er sich mit der ihm eigenen Energie und mit günstigem Erfolge erledigt." — Den „Mittheilungen" der Commissionen sind folgende Beilagen zugegeben: a) Verzeichniss der in Wetljanka an der Epidemie Verstorbenen. (Auszug aus dem Kirchenbuche.) b) Stammtafeln einiger durch die Pest decimirter Familien in Wetljanka. c) Verzeichniss der im Dorfe Prischib, d) der im Dorfe Starizkoje an der Epidemie verstorbenen Personen. e) Liste der Verstorbenen nach Aufzeichnungen der DDr. Morosow und Grigoriew. f) die Drüsenerkrankungen in der Stadt Astrachan und nächsten Umgebung. g) Einrichtung der Quarantainen zu Sarepta, Sietljar und Samiani. h) Bericht des Oberarztes Depner. (Uebersetzung aus der russischen Zeitung Nowoje wremia.) — Wolffberg.

---



**Proels, Eine Typhus-Epidemie.** (Aerztliches Intelligenzblatt. 1880. Nr. 14).

Nabburg (mit 1900 Einwohnern) liegt am rechten Ufer der Nab auf einem Bergvorsprunge, hat durchlässigen Untergrund und in der Tiefe von etwa 4 Meter Grundwasser. In allen Kellern finden sich Brunnen, deren Wasser weder bei Regenwetter steigt, noch in trockener Witterung fällt. (Keine Messungen.) Die Stadt wird mit Quellwasser aus grösserer Höhe versorgt. Die Gesundheitsverhältnisse sind gut, Typhus war seit vielen Jahren nicht vorgekommen. Im Sommer 1876 brach eine Typhusepidemie aus, die zuerst auf eine Gasse (Sackgasse) beschränkt blieb und zwar so, dass in dieser im Verlaufe von 14 Tagen nach dem ersten, aus der Nachbarschaft wahrscheinlich durch das Bett eines Typhuskranken eingeschleppten Falle von 77 Bewohnern 35 erkrankten. Von dieser Gasse verbreitete sich der Typhus allmählich in andere Stadttheile, so dass bis zum März des folgenden Jahres 25 weitere Erkrankungen vorkamen. Von diesen 70 Fällen endeten fünf letal. Das Trinkwasser in der Sackgasse hatte seit längerer Zeit nach Jauche geschmeckt und gerochen. Die hölzerne Röhrenleitung für diese Strasse ging durch eine Pfütze, in welche die Jauche der Düngerstätte des Hauses, in dem der erste Fall vorgekommen war, sich ergoss. Die Wandung der Leitungsröhre war grossentheils morsch, und an mehreren Stellen konnte die Jauche in das Rohr einfliessen. Von den 17 Häusern der Sackgasse blieben 4 vom Typhus frei; von diesen bezogen 3 ihr Trinkwasser aus einer andern Wasserleitung, während in einem am Ende der Gasse isolirt stehenden Hause ein Pumpbrunnen benutzt wurde. Der Verf. erklärt die Massenerkrankungen in der Sackgasse durch den Genuss des inficirten Wassers, die späteren Fälle durch anderweitige Verschleppungen. Wolffberg.

---

**G. Bizzozero** in Turin, **Das Chromocytometer.** Neues Instrument zur Bestimmung des Haemoglobingehaltes des Blutes. (Deutsch excerpirt in Stricker's med. Jahrbücher 1880. p. 253—267.)

Das Verfahren ist eine Modification des Mantegazza'schen und empfiehlt sich für klinische Zwecke dadurch, dass ein Tropfen Blut zur Bestimmung genügt. Die Dicke der Schicht verdünnten Blutes wird in ähnlicher Weise wie beim Donné'schen Lactoscop variirt. Als Index dient entweder die Erkennbarkeit einer Kerzenflamme (bei intacten Blutkörperchen, Verdünnung des Blutes mit 0,6-procentiger Kochsalzlösung) oder die Identität der Farbe mit der eines durch aufgetrocknetes Haemoglobin roth gefärbten Glases (bei in destillirtem Wasser gelöstem Blute). Die Methode soll nur durch die Vierordt'sche quantitative Spectralanalyse an Genauigkeit übertroffen werden. N. Zuntz.

---

**M. H. Toussaint, Contribution à l'étude de la transmission de la tuberculose.** Beitrag zum Studium der Uebertragbarkeit der Tuberculose. (Comptes rend t. 90. p. 754—756.)

Schweinen wurden tuberculöse Massen vom Rinde verfüttert und danach sehr acut verlaufende tuberculöse Processe beobachtet. Eines der inficirten Thiere war trächtig; die Jungen gingen zufällig bis auf



eins zu Grunde, dieses starb tuberculös nach 3 Monaten, am selben Tage, wie seine Mutter. — Injection zerriebener Tubercelmasse oder von Blut eines tuberculösen Thieres erzeugte ebenfalls acute Tuberculose. — Verf. erklärt die Seltenheit der Tuberculose bei Schweinen aus dem acuten Verlauf der Krankheit bei dieser Thierart, welcher die rasche Beseitigung aller inficirten Thiere bewirkt. N. Zuntz.

---

**Jul. Wagner,** stud. med., **Beiträge zur Kenntniss der respiratorischen Leistungen des Nervus vagus.** (Stricker's med. Jahrbücher 1880. p. 239—249.)

Verf. erhielt bei Reizung des centralen Vagusstumpfes regelmässig Stillstand der Athmung in Exspiration, wenn die Thiere bis zur Reflexlosigkeit narkotisirt waren, bei schwacher Narkose traten die von Burkart u. A. beschriebenen schwankenden Resultate auf.

Die bekannten Versuche von Hering und Breuer wurden wiederholt, um den Widerspruch, welchen Guttmann und God gegen dieselben erhoben hatten, zu controliren. Es ergab sich, dass Aufblasung der Lunge nur dann active Exspiration auslöste, wenn das Thier vorher auch seine Exspirationsmuskeln benutzt hatte; bei Thieren, welche nur passiv exspiriren, bewirkt die Aufblasung nur Stillstand der Athmung. — Bemerkenswerth ist, dass bei höheren Graden der Narkose der durch Aufblasung der Lunge erzeugte reflectorische Athemstillstand bis zum Tode fortdauern kann: also Tod durch Nervenreizung.

N. Zuntz.

---

**Desnos, Spasme fonctionnel du muscle sterno-cleido-mastoidien du côté droit.** Krampf des Sterno-cleido-mastoideus der rechten Seite. (L'Union méd. Nr. 32. 1880.)

Eine 30jähr. Frau, zwar nervös, aber nicht hysterisch, bemerkte zuerst vor 2 Jahren leichte und vorübergehende Drehungen des Kopfes und Kinns nach links. Nachdem sie durch grossen Blutverlust bei einer Niederkunft anämisch geworden, verschlimmert sich das Uebel in der Weise, dass sie zwar im Liegen nichts erkennen lässt, der Versuch aufzusitzen aber bringt Abweichung des Kinns nach links, Beugen des Kopfes nach der linken Schulter hervor. Der Cucullaris bleibt frei. Während des Laufens und selbst beim Sitzen nehmen die Contractionen zu. Durch Unterstützung durch die Hand oder Cravatte werden die convulsivischen Bewegungen aufgehoben. Sensibilität der Haut der Halsgegend intact. Contractilität des Cucullaris für Inductionsströme vermindert. Brom-, Jod-, Eisenbehandlung ohne Erfolg. Electricität scheint den Fall verschlimmert zu haben. (Genaueres darüber nicht angegeben.) Analoge Fälle sind beschrieben als Tic convulsif des Halses und Kopfes, Torticollis spasmodicus und von Jaccoud als Hyperkinesis des Accessorius Willisii. Auch eine tonische Form der Krankheit ist beobachtet.

Roux.

---



**M. Brown Séquard, Expériences montrant que l'anesthésie due à certaines lésions du centre cérebro-rhachidien peut être remplaçée par l'hyperesthésie, sous l'influence d'une autre lésion de ce centre.** Experimente, welche darthun, dass die nach gewissen Verletzungen des Centralnervensystems auftretende Anästhesie unter dem Einflusse einer zweiten Verletzung in Hyperästhesie übergehen kann. (Comptes rend. T. 90. p. 750—753.)

Die nach halbseitigen Durchschneidungen oberhalb der Med. oblong. auftretenden Erscheinungen von Anästhesie auf der entgegengesetzten, Hyperästhesie auf der gleichnamigen Seite, werden in ihr Gegentheil verkehrt, wenn man tiefer unten die andere Seite des Marks durchschneidet. — Verf. folgert aus diesen Versuchen: 1) dass man aus dem Auftreten von Lähmungserscheinungen nach einer Verletzung nicht schliessen darf, dass die verletzte Stelle ein Centrum für die gestörte Function sei, oder dieselbe vermittelnde Leitungsfasern enthalte. 2) Dass seine bekannte Theorie von der Kreuzung der sensiblen Bahnen falsch sei. 3) Dass eine Seite der Hirnbasis für die Perception der sensiblen Eindrücke von beiden Körperhälften hinreichen könne. N. Zuntz.

---

**M. Laffont, De l'excitabilité du nerf depresseur avant la piqûre du plancher du 4. ventricule, et à divers moments après cette piqûre.** Die Erregbarkeit des n. depressor vor dem Zuckerstich und zu verschiedenen Momenten nach demselben. (Le progrès médical. Nr. 14. 1880.)

In Fortsetzung früherer Versuche (vergl. d. Bl. Nr. 3) reizte L. das centrale Ende eines n. depressor und konstatirte eine allmähliche Abnahme des arteriellen Drucks, welche nach Aufhören der Reizung bald wieder verschwindet. Dann machte er die piqûre, aber mit einem feineren Instrumente als Cl. Bernard, und beschränkte die Verletzung genau auf die Seite des vorher gereizten n. depressor; sofort sank der arterielle Druck, und reizte er nun wieder den n. depr. derselben Seite, so war die dadurch bewirkte Abnahme des Druckes beträchtlich geringer als vor der piqûre. Nach einer Stunde ist Zucker im Harn erschienen und der Druck hat noch mehr abgenommen. Jetzt bewirkt die Reizung des n. depr. derselben Seite keine weitere Abnahme des Drucks; die der anderen Seite dagegen wohl, wenn auch in geringerem Grade als bei gesunden Thieren. War am folgenden Tage der Zuckergehalt und die alkalische Beschaffenheit des Harns verschwunden, und der Druck wieder auf normaler Höhe, so bewirkte Reizung des n. depr. derselben Seite kein Sinken des arteriellen Drucks; die Reizung des n. depr. der intakten Seite war von derselben Abnahme des Drucks begleitet wie im physiologischen Zustande. Die piqûre auf derselben Seite wie am Tage vorher war jetzt unwirksam, die der intakten Seite hatte den gewöhnlichen Erfolg. War die Verletzung ausgedehnter und erstreckte sich auf beide Seiten, so waren am folgenden Tage beide nn. depr. unerregbar.

Unmittelbar nach der piqûre findet sich eine Hämorrhagie an der Oberfläche und in der Ausdehnung der Verletzung; das umliegende Nervengewebe gesund. Eine Stunde nachher und die folgenden Tage





zeigt sich ein feines Blutgerinnsel, das umliegende Gewebe rosig und infiltrirt. Es handelt sich zuerst um eine Reizung, welche durch die Hämorrhagie anfänglich noch gesteigert wird; später um Zerstörung.

L. schliesst: a) Es gibt im Bulbus zwei symmetrische vaso-dilatatorische Centra der Leber und der intra-abdominellen Organe; dieselben sind einzeln erregbar. b) die Wirkung des Zuckerstichs, d. h. der Verletzung dieser Centra ist eine doppelte: 1) lokale Irritation, welche grösseren Blutreichthum der Abdominalorgane bewirkt. 2) Lähmung der durch Hämorrhagie alterirten Centra, welche jetzt weder direkt (neue piqûre) noch reflektorisch (Reizung des centralen Endes des n. depr. derselben Seite) erregbar sind. c) Nach Reizung und nachfolgender Lähmung des einen dieser Centra kann der Blutandrang zu den abdominellen Organen noch bewirkt werden direkt, durch Reizung des intakten Centrums, reflektorisch, durch Reizung des centralen Endes des n. depr. der gesunden Seite. E. Bardenhewer.

---

**Dr. Pfleger, Beobachtungen über Schrumpfung und Sklerose des Ammonshornes bei Epilepsie.** (Allgem. Zeitschr. für Psychiatrie. Bd. 36. Heft 2 und 3.)

P. gedenkt zuerst der Arbeiten von Meynert (Deutsche Vierteljahrsschr. f. Psychiatrie. I. p. 395), von Holler (Bericht über die nieder-österr. Landes-Irrenanstalt Ybbs 1872), von Snell (Allgemeine Zeitschr. für Psychiatrie Bd. 32. p. 636) und von Heuckes (ibid. Bd. 34. p. 678) über den obigen Gegenstand und theilt dann mit, dass ihm als früherem Demonstrator an der Wiener Anatomie bei ziemlich grossem Materiale aus Anstalten, in welchen Epileptiker nicht länger verpflegt wurden, eine besondere Veränderung an den Ammonshörnern nie aufgefallen sei. In der Versorgungsanstalt zu Ybbs habe er aber bei circa 300 Obduktionen 24 Mal Atrophie und Sklerose, 2 Mal Atrophie ohne Sklerose, zusammen 25 Mal bei Epileptikern gesehen. P. stimmt mit Holler und Heuckes überein, dass diese Affektion vorwiegend bei denjenigen sich fand, welche in der Kindheit erkrankt waren. Sodann hatten von 8 Männern mit starken und häufigen Anfällen 6, von 15 Weibern dieser Kategorie 11 Sklerose des Ammonshorns, während, wenn die Anfälle schwächer und seltener gewesen waren, von 9 Männern nur 1, von 11 Frauen 4 Sklerose und 2 Atrophie ohne Sklerose des Ammonhorns zeigten. Eine Zusammenstellung der Befunde der genannten Aerzte ergab Atrophie und Sklerose des Ammonshorns bei Epileptikern: 22 Mal rechts (7 M. 15 W.), 23 Mal links (15 M. 7 W. 1 ohne Angabe des Geschlechts), 12 Mal (7 M. 5 W.) beiderseits, zusammen in 57 Fällen (29 M. 27 W. + 1). Für das Verhältniss der Epileptiker mit Schrumpfung und Sklerose des Ammonshorns zu denen ohne diesen Befund ergibt sich, dass bei 77 Epileptikern (44 M. 33 W.) 29 Mal Atrophie mit Sklerose und 2 Mal Schrumpfung ohne Sklerose vorhanden war.

Hierbei erlaubt sich Ref. darauf hinzuweisen, dass Tamburini (Rid. speriment. di freniat. 1879. III, cf. Centralblatt für Nervenheilkunde, Psychiatrie etc. 1880. Nr. 6) unter 272 Epileptikern in 60 Fällen (22 %) Sklerose des Ammonshorns fand. Oebeke (Endenich).

---



**Dr. Max Bruch (Russland), Qualitative Analyse der Hautsensibilität.** (Centralblatt für Nervenheilkunde, Psychiatrie etc. 1880 No. 5.)

B. konstatirte durch Streichen der Haut eine Herabsetzung der Empfindlichkeit des Orts- und Drucksinnes, dagegen eine Erhöhung der Druckschmerzempfindlichkeit, welche letztere er durch seinen „Baralgesimeter" mass. Langdauernde Einwirkung hoher Temperatur (Wasser von 41—45° C.) vermindert die Erregbarkeit des Temperatursinnes, erhöht dagegen die Schmerzempfindlichkeit für Temperatureindrücke, also sind Tast- und Schmerznerven nicht identisch. — Kurzdauernde Einwirkung einer Temperatur von 38—41° C. erhöht die Erregbarkeit des Orts- und Drucksinnes, setzt die des Temperatursinnes herab, also sind Orts- und Drucksinn einerseits, der Temperatursinn andererseits nicht identisch, demnach Tast- und Temperatursinn wirklich zwei verschiedene Sinne. Oebeke (Endenich).

---

**Prof. Dr. Berger in Breslau, Zur Nosologie der Tabes dorsalis.** (Centralblatt für Nervenheilkunde, Psychiatrie etc. 1880 No. 5.)

B. hatte bei einer Anzahl von Tabeskranken mit bereits vorgeschrittenem Symptomencomplex eine bestimmte Abnahme des Tastsinns und des cutanen Gemeingefühls durch wiederholte Prüfungen festgestellt. Nach Jahren fand B. bei erneuter Untersuchung derselben Kranken, bei welchen das Leiden indess unaufhaltsam fortgeschritten war, theils vollständige Restitution der Hautempfindlichkeit, theils Verminderung früherer Störungen, bisweilen sogar an vorher anästhetischen Parthien eine ausgesprochene Hyperalgesie. Die normale Sensibilität blieb persistent, bei zweien dieser Kranken bis zum Tode. Bei einem ergab die Obduktion eine hochgradige Hinterstrangsklerose. — Das erwähnte Verhalten bezieht sich nur auf die cutane Sensibilität, nicht auf die der tiefer gelegenen Theile, so dass man bei solchen Kranken normale Hautempfindung neben hochgradiger Alteration des Muskelsinns konstatiren kann: eine treffliche Illustration für die Selbstständigkeit des letzteren. — B. beobachtete in einem anderen Falle von sehr weit vorgeschrittener tabetischer Erkrankung, deren Beginn 10 Jahre zurückdatirt werden konnte und in welchem seit 4 Jahren ataktische Erscheinungen, seit 5 Jahren ohne nachweisbare Ursache (keine Syphilis) totale Anosmie, ausserdem absolutes Fehlen der Patellar- und Achillessehnenreflexe konstatirt waren, neben auffallender Besserung fast aller Symptome unter dem Gebrauche von argent. nitric. und täglicher Halbbäder von 24—20°, die Rückkehr der Patellarsehnenreflexe, namentlich links deutlich und lebhaft, rechts in geringerem Grade. Die Achillessehnenreflexe fehlten aber noch vollständig. B. sieht das Wiederauftreten des Patellarsehnenreflexes neben der Besserung aller subjektiven und objektiven Störungen als einen hoch anzuschlagenden objektiven Beweis für die eingetretene Besserung der spinalen anatomischen Veränderung an. Für gewisse Formen von diphtheritischer Ataxie ist die frühere oder spätere Rückkehr der Reflexe von Rumpf und B. festgestellt worden, für die Tabes dorsalis jedoch ist dieselbe neu. Oebeke (Endenich).

---





**Boettcher in Carlsfeld, Ein seltner Fall von Neurose.** (Allgemeine Zeitschr. für Psychiatrie 36. Bd. 5. Heft S. 603.)

Ein Mann in den mittlern Lebensjahren fiel auf den Hinterkopf, ohne die Besinnung zu verlieren. Von da an stellte sich beim Sprechen Fistelstimme ein; dieselbe konnte in die normale Tonhöhe übergeführt werden, wenn man auf den Punkt am Hinterkopf, wo er aufgefallen war, einen Druck ausübte. Der Kehlkopf normal.

Oebeke (Endenich).

---

**James F. Goodhart, On anaemia as a cause of heart disease** Anämie als Ursache von Herzkrankheit. (The Lancet, Nr. 13. 1880.)

G. berichtet vier Fälle von Anämie, in denen sich post mortem streifige (fettige) Degeneration des Herzmuskels fand. Anämie verursacht fettige Veränderungen des Herzens; diese begünstigen Dilatation des linken Ventrikels (diffuser Herzstoss, unregelmässiger Rhythmus, veränderte Töne bei Anämischen); die Dilatation stört die Koaptation der Mitralklappen und es entsteht Regurgitation. Besteht dieselbe längere Zeit oder tritt sie wiederholt ein, so verursacht die vermehrte Reibung Verdickungen an dem Mitralostium. Thatsächlich findet sich häufig bei durch Muskelalteration hervorgerufener Dilatation des Ventrikels diese Verdickung an den chordae tendineae und an den Klappenrändern; ebenso wie sich die tricuspidalis verdickt zeigt, wenn längere Zeit Regurgitation bestand. Auch bei chronischen Nierenkrankheiten, welche nach G.'s Beobachtungen sich selten mit frischer Endocarditis kompliciren, ist die auf Ventrikeldilatation und Regurgitation beruhende Verdickung oder auch Stenose der mitralis kein seltener Befund. Die Thatsache, dass Mitralstenose, deren rheumatischer Ursprung mit Recht von Vielen geläugnet wird, überwiegend bei Weibern und Kindern auftritt, findet ebenfalls darin ihre Erklärung, dass diese häufig an Anämien leiden, und die durch die Anämie verursachte Dilatation und Regurgitation Verdickung und Stenose der Klappen zu Wege bringt.

E. Bardenhewer.

---

**Mégnin, Sur l'origine du taenia inerme.** Ueber die Entstehung der taenia inermis. (Bullet. génér. de thérapeut. 30. März 1880.)

Mégnin antwortet nochmals kurz auf die schon von anderen vorgebrachten, zuletzt (Bullet. génér. d. thérap. 29. Febr. 1880) von Masse zusammengefassten Einwendungen gegen das, was man seine (Mégnin's) „Theorie des Polymorphismus bei den Taenien" nenne. Er findet die Unterschiede, welche man zwischen der taenia inermis und der t. armata hominis statuirt hat, seien rein zufällige, besonders was die Hakenkränze betreffe, deren eventuelle Abwesenheit durch ein allen Taenien gemeinsames Entwickelungsgesetz bedingt sei und frägt, warum die Finnen, welche beim Rinde in Afrika, Syrien, Abyssinien, Indien so leicht constatirt worden seien, niemals in Frankreich, auch nicht bei den aus jenen Ländern importirten Rindern gesehen würden, während man sich von dem Finnigsein des Schweines jeden Augenblick überzeugen könne.

K. Bettelheim.

---



**Dr. A. Jarisch, Chemische Studien über Pemphigus.** (Stricker's med. Jahrbücher 1880. p. 227—238.)

Im Inhalte der Pemphigusblasen wurde unzweifelhaft Harnstoff nachgewiesen und einmal quantitativ zu 0,07 % bestimmt. Ammoniak war nicht vorhanden. Die Harnuntersuchung ergab keine wesentliche Abweichung vom Normalen. Nur der hohe Kochsalzgehalt ist auffallend. N. Zuntz.

---

**Jonathan Langlebert, Ein neues Lithophon.** (L'Union médicale Nr. 38. 1880.)

Dieses Instrument besteht aus einem kleinen Cylinder, welcher befestigt wird an einer Untersuchungssonde. Der kleinste Stoss, die unmerkbarste Reibung an der Spitze der Sonde, resonniren im Cylinder. Um Steine und ihre kleinsten Fragmente zu finden nach einer Operation sei es von höchster Wichtigkeit. Roux.

---

**Dardenne, De la Guinoïdine.** Ueber Chinoidin. (Ref. L'Union médicale Nr. 34. 1880.)

W. gebrauchte das Chinoïdin als Tinctura und in Form von Pastillen, enthaltend 0,1 gr. Dr. Vitry hat das Mittel bei sich selbst versucht und damit ein Fieber besiegt, welches er seit 1871 hatte, und das den stärksten Dosen Chinin widerstanden hätte. Ebenso hat Dr. Drouin es bei sich selbst versucht und gefunden, dass es kein Ohrensausen und keinen Chininrausch erzeugte. Roux.

---

**Dr. Stüler, Beitrag zur Chloralwirkung.** (Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. Bd. 36. Heft 5. S. 677.)

Bei 2 kräftigen weiblichen Personen in der Heidelberger psychiatr. Klinik, von denen die eine 3 Monate lang mit häufigen Unterbrechungen, die andere 7 Tage lang 1 Mal täglich 2,0 gr Chloralhydrat erhielt, trat 20—30 Minuten nach dieser Gabe ganz plötzlich der Tod ein. Die Obduktionen ergaben keine anatomische Todesursache. In dem einen Falle gerann das dünnflüssige Blut selbst nach mehrtägigem Stehen nur mangelhaft wegen starker Verminderung der fibrinogenen bei Erhaltung der fibrinoplastischen Substanz. Nach schlafmachenden Dosen sank die Temperatur bis um 1° C. Als Nebenerscheinungen stellten sich schon bei einer Tagesgabe von 2,0 Chloralhydrat nach ganz kurzer Zeit Rhash, Conjunctivitis und ein eigenthümlicher Geruch der Exspirationsluft ein. Diese unerwünschten Erscheinungen sind ausgeblieben seit Benutzung des Liebreich'schen Chlorals, als welches Westphal besonders das von Schering in Berlin bereitete empfiehlt.

Oebeke (Endenich).

---



**Prof. D. E. Schwimmer, Zur Therapie der Variola vom Standpunkte der Micrococcuslehre.** (Deutsches Archiv für klin. Med. Bd. 25. Heft 2 u. 3. p. 178 ff.)

Zum Eingang der Arbeit lässt Schwimmer eine reiche Anzahl von Behandlungsmethoden der Variola Revue passiren, wie sie zu den verschiedensten Zeiten und von den verschiedensten Völkern geübt wurden. Schon früh war das eifrige Bestreben zu erkennen, die Entstellungen zu mildern oder zu verhüten, welche durch die Narbenbildung geschaffen werden und zu dem Ende versuchten schon die Araber die schon entwickelte Variolapustel zu zerstören, man scheute sich aber die Eiterbildung durch abortives Vorgehen zu verhindern.

Rhazes machte die Eröffnung der vollkommen entwickelten Pustel, während ihm Grundsatz für die Allgemeinbehandlung war, das Blatterngift im Blut zu ersticken, wenn dies aber nicht gelang, den Ausbruch derselben zu unterstützen. Sydenham behandelte örtlich exspectativ und liess Einreibungen mit Oel und milden Liminenten machen. Aehnlich die Speckeinreibungen von Forestus.

Dementgegen suchten Zimmermann durch Emplastrum de Vigo, Briquet durch Ungt. cinereum die Eiterung zu unterdrücken. Tissot und de Haen öffneten die reifen Pusteln mit der Scheere.

Es folgt diesen noch eine ganze Reihe von Cur-Methoden und Versuchen, denen zum Theil die Idee der Ableitung zu Grunde lag (Sylvius, Friedr. Hoffmann). Andere (van Swieten, Hufeland u. A.) verwerfen solches. Wieder andere geben sich Mühe besondere Medicamente zur Bedeckung der Pusteln herzustellen (Unzer, eine Salbe aus Rahm und geschabter Kreide). Noch Andere cauterisirten die Pusteln durch Nadeln die in Lapislösung eingetaucht waren (Stewart, Bretonneau, Serres), welche Proceduren durch Rayer durch die „Cautérisation en masse“ vereinfacht wurden (Anpinseln mit Silberlösung).

Schliesslich kam man durch die Erfahrung der Nutzlosigkeit von allen diesen Methoden zurück und bedeckte nur zur Erleichterung der Kranken die Haut mit erweichenden Substanzen (Hebra).

Schw. stellt die beiden Fragen in den Vorgergrund: „welche Hilfsmittel kennt die neuere Wissenschaft gegen die Schwere dieser Erkrankung, und wie lassen sich die Spuren verhüten, die selbe in ihren vehementen Formen zurücklassen“.

Die Annahme eines Contagium vivum als Träger der Erkrankung ist mehr als eine blosse Hypothese, denn in der Variola- wie der Vaccinelympfe kommen regelmässig kleine Organismen vor. Sch. hat die Körperchen untersucht und findet: „Diese als Spaltpilze zu bezeichnenden Organismen sind in unregelmässig gelagerten, oft schlauchartig an einander gereihten Ketten, zumeist aber in ganz freiliegenden mehr oder weniger von einander entfernten Körnchen ausgeprägt“. Die von Klebs angegebene vierkörnige Aneinandergliederung findet Sch. nicht. Ausserdem fand Sch. grössere an Fettkügelchen erinnernde Gebilde, welche er durch nachträgliche Theilung in die allerkleinsten Organismen zerfallen sah. Dazwischen der Lymphe zugehörige grössere Zellen.



Dies und der Befund des Pustelinhalts einer 10—11 Tage alten Efflorescenz: Micrococcen als glänzende Körnchen in staubförmig aussehender Flüssigkeit beweisen den Zusammenhang der Erkrankung mit diesen Organismen. Micrococcen fand Sch. auch im Blut und Blutkörperchen von Pockenkranken; auch schon im Perdromalstadium.

Die Zusätze verschiedener Flüssigkeiten, Kalilauge, Eisenchlorid, Bromlösung, ändern an den Micrococcen gar nichts. Die Lymphkörperchen wurden durch Bromlösung aufgequollen, in 1—5-procentiger Carbollösung schrumpften sie ein. Auf die Micrococcen aber hatte diese Carbollösung erst eine Einwirkung, wenn ihr der Pustelinhalt längere Zeit ausgesetzt war.

Die Micrococcen finden sich auch bei anderen Infektionskrankheiten (Koch, Davaine), nur sind die Exantheme dadurch ausgezeichnet, dass „die allgemeine Decke zumeist der Träger der Infektion, denn sie ist in erster Linie ergriffen und in wichtigster Weise betheiligt“. Für unstatthaft hielt es demnach Sch. die Bakterien für das alleinige Moment zur Entstehung der Variola gelten zu lassen.

Jetzt kommt Sch. zu der Frage: Welche Resultate liefert nun eine interne antiseptische Medication der Variola? und untersucht den Einfluss:

1. Der Carbolsäure. Die Carbolsäure vernichtete nur theilweise, nicht vollständig die Schizomyceten, brachte aber die Lymphkörperchen, die Brutstätte jener zum Schrumpfen. Der Körper mehrerer Erkrankter wurde 8—10 Mal in 24 Stunden mit 2-procentiger Carbollösung bepinselt, Alles umher in steter Carbolatmosphäre erhalten. In einigen Fällen trat Carbolvergiftung auf; aber trotz so hochgradiger Imprägnirung zeigten die Erkrankungen keinen den gehegten Erwartungen entsprechenden Frfolg. „Carbolismus mit Steigerung der Zufälle und mit Nachlass des Carbolismus dennoch letaler Ausgang sprechen für die Inconvenienz gegen die durch die interne oder endermatische Methode erwartete totale Vernichtung des Contagiums.“

2. Die äusserliche Verwendung der Salicylsäure liess im Stich.

3. Thymol verhielt sich gegen das Fieber durchaus indifferent bei innerlicher Anwendung, aber bei äusserlicher Anwendung hat es eine wesentlich günstigere Einwirkung.

Von den neuen Heilmitteln, die Antipyretica und Antiseptica sind, war keins im Stande den Variolaprocess zu coupiren, die interne Medication vermag den letalen Prozess nicht zu alteriren. Es ist aber auch nicht das richtige Feld zur Wirkung der Antipyretica, weil der exitus letalis nicht die alleinige Folge des Fiebers ist, bei der Variola also nicht allein Temperatursteigerungen zu bekämpfen sind. Denn Temperatursteigerung ist nicht die einzige nothwendige Folge von der Einwanderung der Spaltpilze. Es kommen sogar Fälle vor, wo trotz der Anwesenheit und der grossen Menge der Micrococci heftige Fiebererscheinungen dennoch fehlen können.

Die Spaltpilze bauen ihren Leib auf durch die Zerstörung von Eiweisskörpern, sie zerstören das Leben der Zellen und zuweilen auch des ganzen Thierkörpers. Die Nervenelemente leiden entweder durch die chemischen Eigenschaften der Infectionsstoffe, oder durch die

massenhafte Durchsetzung aller Gewebe und auch der Nerven. So kann die Thätigkeit einzelner Nervengebiete aufgehoben werden, und diese Lähmung kann bis in Centralstellen zurückwirken; und so kann zu einer Zeit Fieberabfall zu finden sein, wo die Temperatur die höchste Steigerung erfahren sollte. Eine Elimination der Micrococcen ist durch Antipyretica nicht zu erwarten; der internen Medication kommt also nicht die Hauptrolle zu. Die örtliche Behandlung muss eine ebenso werthvolle wie nothwendige Unterstützung jener bilden.

Die an 600 Fällen, worunter 135 schwere Variolaerkrankungen, gemachten Erfahrungen ergeben, dass am geeignetsten eine halbweiche Salbe oder Liniment in folgenden Formeln war:

1. Acidi carbolici 4,0—10,0,
Olei olivarum 40,0,
Cretae opt. tritae albissimae 60,0.
M. f. pasta mollis.
2. Acidi carbolici 5,0,
Olei olivarum,
Amyli purissimi ana 40,0,
M. D. S.
3. Thymoli 2,0,
Olei lini 40,0,
Cretae u. s. w. wie bei Formel 1.

Auf eine ausgeschnittene Leinwandlarve, auf Leinenlappen wurde die Salbe aufgeschmiert, und solche auf Gesicht, Arme, Hände, Schenkel aufgelegt; bei intensivem Fieber mit Delirien Eisbeutel applicirt. Die Larve wurde stets 12 Stunden belassen und dann mit einer frischen vertauscht. Die Bedeckungen wurden gut gelitten, waren Vielen wohlthuend.

Kranke, welche auf die Station kamen, „etwa am 4.—6. Krankheitstage, wo demnach die Knötchenbildung in Entwicklung begriffen war, hatten den Verband im Durchschnitt nur 5—6 Tage nothwendig, da die Eintrocknung der Pusteln eben um einige Tage früher erfolgte, ja in einigen Fällen war genau nachzuweisen (und darin zeigte sich der eigentliche Werth dieser Behandlung), dass eine starke Eiterung im Gesichte überhaupt gar nicht zur Entwicklung kam.“ Die Abtrocknung im Gesichte und an den Armen erfolgte schon am 9.—11. Tage.

Sch. studirte noch eingehend den Beginn und Verlauf der Pustelbildung, wie er ohne Behandlung vor sich geht, und dagegen die Veränderungen, welche unter dem Einfluss der Bedeckung mit antiseptischen Salben eintreten, welche Einzelheiten hier wiederzugeben zu weit führen würde.

Vom Beginn der Desiccation ab ist es räthlich, die Salbe nur durch Oelzusatz etwas flüssiger gemacht aufzustreichen. Nach 10—14 Tagen vom Beginn der Decrustation gerechnet, waren die bedeckten Stellen fast überall vollkommen rein oder zeigten nur bräunliche Pigmentflecken.

„Der auffällige Nutzen der Carbolkalklarve manifestirt sich demnach darin, dass wir durch selbe eine intensive Eiterung zumeist zu verhüten im Stande sind.“

Neben der Schilderung des Verlaufs stützt Sch. die günstige Wirkung seiner externen Behandlungsmethode durch den Nachweis, dass dabei die Carbolsäure den Pustelinhalt beeinflusst. Dazu dient zunächst der Nachweis der Carbolsäure im Pustelinhalt, der Nachweis der Carbolsäure im Harn (Eisenchlorid-Reaction).

Die mikroskopische Untersuchung des Pustelinhaltes ergab, dass die Carbolsäure die Micrococci vermindert und die Eiterkörperchen in ihrer Ausdehnung und Vermehrung behindert.

Nach alledem schliesst Sch.:

„Sowie die Erhaltung des Lebens in dieser schweren Erkrankung durch eine zielbewusste Behandlung angestrebt wird, so wird auch die örtliche Therapie nicht nur eine allgemeine Wirkung entfalten, sondern auch in der theilweisen Beschränkung der Lebensfähigkeit der Microorganismen, sowie der Verhütung einer entstellenden Narbenbildung ihren entsprechenden Ausdruck finden.“

Der localen Behandlung der Pocken sollte deshalb die verdiente Beachtung geschenkt werden. Finkler.

## Neue Bücher.

Andeer, Einleitende Studien über das Resorcin, zur Einführung desselben in die pract. Medicin, Würzburg, A. Stuber's Buchhdlg. 2. M. 40 Pf.

Burkart, Die chronische Morphiumvergiftung und deren Behandlung durch allmähliche Entziehung des Morphium. Bonn, Max Cohen & Sohn. 3. M.

Ferrand, Leçons cliniques sur les formes et le traitement de la phtisie pulmonaire. Paris, Delahaye & Comp.

Lebec, Etude sur les tumeurs fibro-kystiques et les kystes de l'utérus. Paris, Delahaye & Comp.

Méhu, L'urine normale et pathologique, les calcules urinaires; histoire médicale, analyse chimique. Paris, Asselin & Comp.

Moriez, La chlorose. Paris, Masson. 5 frs.

Quinquaud, Chimie pathologique, recherches d'hématologie clinique. Paris, Delahaye & Comp.

Troisier, Phlegmatia alba dolens. Paris, Masson. 5 frs.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.



Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen nebst Titel und Register.

# Centralblatt
für
# KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigirt von

**Dr. H. Rühle,** Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn. und **Dr. D. Finkler,** Privatdocent und Assistent an der medicin. Klinik in Bonn.

**1880.** **24. April.** **Nro. 9.**

**Inhalt:** Referate: **Buchner,** Ueber die Wirkungen der Spaltpilze im lebenden Körper. — **Guttmann,** Zur Histologie des Blutes bei febris recurrens. — **Wedl,** Ueber ein Verfahren zur Darstellung der Hämoglobinkrystalle. — **Echwerria,** Ueber die nächtliche Epilepsie und ihr Verhältniss zum Somnambulismus. — **Bäumler,** Ueber Lähmung des Musculus serratus ant. mai. nach Beobachtungen an einem Fall von multiplen atrophischen Lähmungen im Gefolge von Typhus abdominalis. — **Tenneson,** Un nouveau cas d'anurie calculeuse. — **Fürbringer,** Zur Kenntniss der Albuminurie bei gesunden Nieren. — **Müller,** Ueber Morphinismus. — **Rutherford,** On the Physiological Action of Drugs on the Secretion of Bile. — **Martin** et **Oberlin,** Sur l'action thérapeutique du Sulfate de Cuivre dans le traitement de la Syphilis constitutionnelle. — Acid. chrysophanicum.

**Hans Buchner, Ueber die Wirkungen der Spaltpilze im lebenden Körper.** Vortrag, gehalten im Aerztlichen Verein München. (Aerztliches Intelligenzblatt. 1880. Nr. 12. 13. 14.

Bringt man reingezüchtete Milzbrand-Bakterien in eine eiweisshaltige Flüssigkeit, welche durch Einwirkung hoher Temperatur von den Keimen der gewöhnlichen Fäulnisspilze befreit worden ist, so tritt eine Zersetzung ein, welche keineswegs mit der Fäulniss, die man durch Eintragen von fauligen Substanzen erzeugen kann, identisch ist; dem bestimmten Pilz entspricht eine bestimmte Art der Zersetzung. Injicirt man Thieren gefaulte Eiweisslösung, so entstehen septische Erscheinungen; wenn man die durch Milzbrand-Bakterien zersetzte Flüssigkeit injicirt, so ist Milzbrand die Folge. Im letzteren Falle können nur die Pilze als Krankheitsüberträger in Frage kommen. Doch bleibt zu untersuchen, ob nicht den Milzbrand-Bakterien ein gelöster chemischer Stoff anhaftet, welcher nur im kranken Thiere, dem jene ursprünglich entnommen waren, gebildet wird, und der den Bakterien erst die specifisch-pathogene Wirksamkeit ertheilt. Um nun die Pilze von allen anhaftenden Substanzen zu befreien, übertrug B. von der durch Milzbrand-Bakterien zersetzten Eiweisslösung eine kleine Menge in neue pilzfreie Nährflüssigkeit, so dass jedenfalls nur eine sehr geringe Quantität jenes supponirten Stoffes mit eingeführt wurde. Hier vermehren sich die Bakterien, und es wurde nun wiederum eine geringfügige Menge in eine dritte Flüssigkeit übertragen. Solche Züchtungen ergeben immer wieder ein zur Erzeugung des Milzbrandes ge-



eignetes Material. Der Verf. hat noch mit den nach der 36. Uebertragung gezüchteten Pilzen Milzbrand produzirt und hierdurch die Gewissheit erhalten, dass in der That diese Bakterien an und für sich als ausreichende Ursache der specifischen Erkrankung betrachtet werden müssen. Der Verf. hat noch einen zweiten Weg der Beweisführung eingeschlagen. Er hat Milzbrand-Bakterien gezüchtet, welche einem kranken Körper nicht entstammten. Bei den eben erwähnten Züchtungsversuchen stellte sich eine allmähliche Abnahme der infectiösen Kraft der Pilze heraus. Bei lange fortgesetzten Uebertragungen in stets neue Nährstofflösungen zeigten die Bakterien aber auch Veränderungen im chemischen Verhalten und in der Wachsthumsart, und nachdem sie schon früher infectionsuntüchtig geworden, waren sie zuletzt von den natürlich (überall am Wiesenheu) vorkommenden Heubakterien nicht mehr zu unterscheiden. Damit war ein genetischer Zusammenhang zwischen den beiden Pilzformen erwiesen. Verf. versuchte nun, aus den Heubakterien Milzbrandbakterien zu machen. Die Ersteren, in Eiereiweiss rein gezüchtet, wurden in frisches arterielles Blut übertragen; nach 24 Stunden hatten sie sich reichlich vermehrt, während Fäulnisspilze noch nicht zur Entwickelung gelangt waren. Weitere Uebertragungen geringer Mengen in stets neue Portionen frischen arteriellen Blutes bewirkten merkwürdige Veränderungen im chemischen Verhalten und in der Wachsthumsart der Heupilze, so dass eine grosse Aehnlichkeit mit ächten Milzbrandpilzen sich ausbildete. Wurden die so veränderten Pilze in grösseren Mengen Thieren (Kaninchen und weissen Mäusen) injicirt, so entstand nach stets regelmässig 4—6 Tage andauernder Incubation eclatanter Milzbrand. In den Organen fanden sich dann ächte Milzbrandpilze, die, in geringster Menge weiter geimpft, wie gewöhnlich ohne Incubation innerhalb 24—48 Stunden tödtlichen Milzbrand bewirkten. — Wie verhalten sich Krankheitspilze im lebenden Körper? Durch den Kreislauf werden sie in alle Organe vertheilt, aber es ist sehr wahrscheinlich, dass die Gewebe des Thierkörpers verschieden auf die Bakterien einwirken (so entwickeln sich Milzbrandpilze nur innerhalb des Kreislaufs, nicht in den sauerstofflosen Organen) und verschieden gegen verschiedene Pilzformen (so vermehren sich Heupilze im arteriellen Blute leichter und eher als Fäulnisspilze). Werden Pilze in den Körper eingeführt, so werden also nur bestimmte Gewebe ihnen die Vermehrung ermöglichen, und von den Beziehungen dieser erkrankten Gewebe zum Gesammtorganismus specifische Krankheitserscheinungen abhangen. Bei den Blattern z. B. sind unzweifelhaft die obersten Schichten des Corium die Vermehrungsstätte der Pilze; durch die Einwirkung derselben entsteht eine Veränderung unbekannter Art in den disponirten Zellen, welche die Immunität bedingt. Die Immunität eines Organismus gegen eine Infectionskrankheit ist die Immunität bestimmter Zellengruppen. An der Vaccinationskrankheit lässt sich nach B. erweisen, dass nach der Impfung nur die Haut in ganzer Ausdehnung die Vermehrungsstätte des Vaccinegiftes bilde, ein Prozess, der zuweilen zur allgemeinen Eruption eines Bläschenausschlags (Vaccinola) führt und die Tendenz zur Entzündung durch die Ueberstürzung documentirt, mit welcher die durch Impfungen am 2., 3. bis 6. Tage nach



der ersten Vaccination hervorgerufenen Papeln die Entwickelung zur Pustel durchmachen. — Welche therapeutische Consequenzen ergeben sich aus diesen Erwägungen? Einige wollen die Infectionskrankheiten mit Antisepticis heilen. Dazu wäre zunächst erforderlich, dass überall im Körper die Anwesenheit des Antisepticums in der genügenden Concentration erreicht würde. So wären z. B. von Benzoesäure einem Erwachsenen ($1^0/_{00}$ vom Gewicht der Körpersäfte) 42 grm zu geben und nicht etwa pro die, da das Mittel sofort ausgeschieden wird, sondern die nöthige Concentration ist beständig zu erhalten. Es wird hier also etwas Unmögliches angestrebt. Man vergisst aber häufig auch, dass Antiseptica den thierischen Zellen stets schädlicher sind als den Pilzen; daher wird die interne antiseptische Behandlung eine Schwächung der Zellen bewirken, welche nach Ausscheidung des Mittels eine nur um so lebhaftere Pilzwucherung zur Folge haben muss. Antiseptica rationell gebrauchen, heisst sie continuirlich und örtlich gebrauchen. Darin liegt die Wirkung des Lister'schen Verbandes. Nicht auf der Abhaltung der Luftpilze von der Wunde beruht der Einfluss desselben; denn unter dem Verbande (ja überall in den Geweben des Körpers) befinden sich Keime der Fäulnisspilze; durch den antiseptischen Verband wird die Vermehrung der Pilze in der Wunde selbst continuirlich behindert, und es kommt nur darauf an, die Gewebe in der Wunde so lange zu schützen, bis sie ihre normale Widerstandskraft erhalten haben. Eine bessere Methode, Infectionskrankheiten zu bekämpfen, müsste darauf ausgehen, die Widerstandskraft der Zellen gegen die Pilze zu erhöhen. B. glaubt, dass oft durch die Entzündung der Gewebe der natürliche Heilungsvorgang in den Infectionskrankheiten eingeleitet wird. Praktisch besser verwerthbare Mittel als die Entzündung wird, so hofft der Verf., das experimentelle Studium der Pilzwirkungen in den Geweben erkennen lassen.

Wolffberg.

---

**Guttmann, Zur Histologie des Blutes bei febris recurrens.** (Virchow's Archiv Bd. LXXX, Heft 1, Seite 1.)

Der Verf. findet im Blute Recurrenskranker stets die schon von Bliesener gesehenen „kleinsten beweglichen Körperchen". Ihre Grösse schwankt zwischen $^1/_{30}$ und $^1/_{20}$ der rothen Blutkörperchen. Sie sind bald einzeln, bald zahlreich, dunkel, stark lichtbrechend. Oft sind zwei durch einen feinen Faden mantelförmig verbunden. Die Bewegungen sind oscillatorisch, aber nicht reine Molecularbewegung, die Körperchen verlassen vielmehr oft das Gesichtsfeld, sind also activer Ortsveränderung fähig. Sie finden sich ausser bei febris recurrens auch bei Pneumonie, Scharlach, Masern, Typhus abdominalis etc., schliesslich auch im Blute ganz gesunder Individuen. Nur sind sie bei Recurrenskranken zahlreicher. Die Natur dieser Körperchen wurde durch Züchtungsversuche sicher gestellt. Sie entwickeln sich in Nährflüssigkeiten schon in einigen Tagen zu haufen- und kettenweise auftretenden Massen. Daneben fehlen nicht die einzelnen Körperchen und die Mantelformen. Ihre parasitäre Natur ist damit unzweifelhaft dargethan. Mit Spirillen können sie nicht in Beziehung gebracht werden, da sie

für das Blut Recurrenskranker nicht charakteristisch sind. Die Spirillen fand der Verf. in 280 Fällen von febris recurrens stets in den Anfällen. Ribbert.

---

**Wedl, Ueber ein Verfahren zur Darstellung der Hämoglobinkrystalle.** (Virchow's Archiv Bd. LXXX, Heft 1, Seite 172.)

Man versetzt Blut, das mit destillirtem Wasser verdünnt wurde, um den rothen Blutkörperchen den Farbstoff zu entziehen, mit concentrirter Pyrogallussäure und erhält schon nach einigen Stunden reichliche Hämoglobinkrystalle. Bei nicht mehr frischem Leichenblut ist der Wasserzusatz nicht nöthig. Auch eingetrocknetes und mit Wasser aufgelöstes Blut giebt auf Zusatz der Säure Krystalle. Desgleichen das Blut von Thieren, bei denen die Herstellung von Hämoglobinkrystallen nach den gebräuchlichen Methoden schwer gelingt (Kaninchen, Hase, Hirsch etc.). Auch faulendes Blut ist noch zur Gewinnung der Krystalle geeignet. Ribbert.

---

**Echwerria, Ueber die nächtliche Epilepsie und ihr Verhältniss zum Somnambulismus.** (Aus J. of ment. sc. Jan. 1879 übersetzt in Allgem. Zeitschr. für Psychiatrie Bd. 36 Heft 4 S. 513 von Dr. A. Meyer.)

Von 783 Fallsüchtigen litten 111 an nächtlichen Anfällen; bei 78 dieser Fälle, d. i. 70,21 pCt., waren die Zufälle für kürzere oder längere Zeit unmittelbar mit unverkennbarer geistiger Störung verbunden. Mehr als ein Drittel der irren Epileptiker hatte nächtliche Anfälle. Von den 783 Patienten waren 267 irrsinnig; bei 78 von diesen traten die Anfälle theils nur Nachts, theils Tags und Nachts auf. Ursachen waren angeblich: Erbliche Disposition 25, Kopfwunden 16, Menstruationsstörungen 4, Schwangerschaft 1, Trunksucht 9, Syphilis 7, Sonnenstich 3, Gemüthsdruck 3, Schreck 1, übermässige körperliche Strafe 1, unbekannte Ursachen 31. Dem Geschlechte nach waren 42 männlich, 69 weiblich, den Altersklassen nach 19 Kinder, 36 Heranwachsende, 56 Erwachsene. Das weibliche Geschlecht wäre hiernach mehr zu nächtlicher Epilepsie geneigt, als das männliche. E. hebt als besonders nachtheilig unter den Ursachen das Ueberwiegen solcher hervor, welche eine Störung der Gehirnthätigkeit mit sich führen. E. erkennt den Somnambulismus gewöhnlich als einen Vorboten des Irreseins, solche Anfälle immer durch Träume eingeleitet, in welchen die Erregung eines krankhaft rastlosen Gehirns den höchsten Grad erreicht. Ausserdem sei die erbliche Disposition der Somnambulen zu nervösen Krankheiten erwiesen. In keinem einzigen Falle sind die epileptischen Anfälle während des Einschlafens eingetreten, sie wiederholten sich am häufigsten in den frühen Morgenstunden, während in den letzten Stunden des Tages und bei hereinbrechender Nacht die Fallsüchtigen beinahe frei von Anfällen waren. Während 20 Monaten hatten 78 nächtliche Fallsüchtige 2896 Anfälle zwischen 2 und 5 Uhr Morgens und 92 Anfälle zwischen 10 Uhr Abends und 2 Uhr Morgens. E. glaubt sich nach weiterer Auseinandersetzung und



Anführung vieler Fälle zu folgenden allgemeinen Schlüssen berechtigt: Nächtliche epileptische Anfälle kommen häufiger bei Frauen, als bei Männern vor. Sie erscheinen beinahe immer mit am Tage vorkommendem Schwindel, petit mal oder haut mal, wenn nicht mit epileptischem Irrsinn. Die Aetiologie der nächtlichen Epilepsie ist wesentlich encephalisch: Erblichkeit, Kopfwunden, Trunksucht, Syphilis, Gemüthserschütterungen. Die nächtliche incontinentia urinae, das Verwunden der Zunge und der petechienartige Ausschlag in Gesicht und am Halse sind keine konstanten Erscheinungen, aber pathognomonisch, wenn vorhanden. — Der plötzliche Ausbruch heftiger momentaner Verwirrung mitten in der Nacht während des Schlafes oder von Irrsinn beim Erwachen am Morgen sind Beweise nächtlicher Epilepsie. Werden daneben nächtliche incontinentia urinae, erbliche Prädisposition, verbunden mit merkwürdiger Eigenthümlichkeit des Charakters, grosser Neigung zu Aerger und rasender Heftigkeit konstatirt, so besteht Epilepsie ohne allen Zweifel. — Die meisten Nachtwandler und Somnambulen sind Personen von nervösem Temperament mit ausgesprochenen Symptomen von irgend einer Neurose. Sie fallen schliesslich unverkennbarer Epilepsie oder Irrsinn anheim. -- Die Anfälle von Somnambulismus sind selten von so kurzer Dauer, wie die nächtlichen epileptischen Anfälle; auch fehlen die für letztere charakteristischen Ausbrüche von Heftigkeit, ebenso wie das beständige Einerlei der letzteren. Schreckenerregende Hallucinationen des Gesichts und Gehörs begleiten gewöhnlich die nächtlichen (epileptischen) Anfälle. Der nächtliche Epileptiker zeigt im Allgemeinen vollständige Amnesie seiner während des Anfalls begangenen Handlungen, aber er bewahrt eine mehr oder weniger lebhafte Erinnerung an seine Wahnvorstellungen. Der nächtliche Epileptiker, welcher wie der Somnambule bewusstlos, automatisch handelt, kann für ein während des Anfalls begangenes Verbrechen nicht verantwortlich gemacht werden, weil die Verantwortlichkeit nicht von der Kenntniss von Recht und Unrecht abhängt, sondern von dem Vermögen das Rechte zu thun. E. bestätigt schliesslich die Wahrheit von Trousseau's Ausspruch: „Jeder nächtliche Anfall lässt auf Epilepsie schliessen."

Oebeke (Endenich).

---

Prof. **Ch. Bäumler, Ueber Lähmung des Musculus serratus ant. mai. nach Beobachtungen an einem Fall von multiplen atrophischen Lähmungen im Gefolge von Typhus abdominalis.** (Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. XXV H. 4 u. 5 p. 305.)

Zwei Monate nach Ablauf eines ziemlich schweren Abdominaltyphus traten bei einem P. unter brennenden Nackenschmerzen Lähmungserscheinungen am rechten Arm (Biceps) auf, die nach 14 Tagen zurückgingen, während gleichzeitig die Nackenschmerzen sich verloren. Darauf folgte plötzliche Lähmung der Streckmuskeln des linken Vorderarmes. Nach dreimonatlichem Bestehen der Lähmungen kommt P. zur klinischen Beobachtung: An den vom N. radialis versorgten Muskeln (links) mit Ausnahme des Supinator long. Atrophie, Aufhebung der Motilität und faradischen Erregbarkeit, aber Steigerung der galva-



nischen, sowie leichte Analgesie und Paraesthesie am linken Daumen und Zeigefinger. Am rechten Arm, der vollständig arbeitsfähig ist, Atrophie des übrigens nicht gelähmten Biceps. Vollständiges Fehlen des rechten Serratus ant. mai. Die für die isolirte Serratuslähmung characteristischen Stellungs- und Bewegungsanomalien am rechten Schulterblatt sind sehr praegnant. B. beschreibt sie in drei verschiedenen Stellungen der Arme ausführlich. Drei Holzschnitte illustriren die Schilderung. Aus dieser ist — als dem Fall eigenthümlich — hervorzuheben: die abnorm starke Entwickelung der Mm. cucullaris, deltoideus und infraspinatus, welch letzterer besonders als grosser Wulst bei der Abduction des Armes hervorspringt, vor Allem aber die Fähigkeit des P., den Arm fast bis zur Verticalen ohne schleudernde Bewegung zu erheben. Im Verlauf der nächsten Wochen, während deren P. ohne Erfolg galvanisirt wird, gesellt sich noch hinzu eine atrophische Lähmung der vorderen Parthie des linken Deltamuskels, sowie des langen Kopfes des rechten Triceps. P. kehrt auf's Land zurück, wo er Feldarbeiten verrichtet und kommt immer von Zeit zu Zeit wieder zur Untersuchung.

Im 10. Monat (nach dem ersten Auftreten von Lähmungen) beginnt spontane Besserung: es sind Spuren von Serratuszacken sichtbar. Ein Monat später wird die beginnende Motilität der Extensoren am linken Vorderarm registrirt. Erst nach 13 Mon. reagiren sie auf stärkste Inductionsströme. Um diese Zeit liegt das Schulterblatt, entsprechend der zunehmenden Entwickelung des Serratus, bei Verticalhebung des Armes der Thoraxwand schon vollständig an, steht aber bei Horizontalabduction noch sagittal ab.

Nach 15 Monaten fast vollständige Restitution aller befallen gewesenen Muskeln. Die Serratuszacken sind nur noch wenig flacher als linkerseits und reagiren auf Faradisirung vom Nerven aus. Die Stellungsanomalien des Schulterblatts sind weit weniger, die stärkere Entwicklung der vicariirenden Muskeln aber noch ebenso auffällig wie zu Anfang.

Die Extension der linken Hand gelingt vollständig, die der Finger nur theilweise; das Verhalten gegen die beiden Stromarten ist wie früher. Der noch atrophische Deltamuskel antwortet nur mit einzelnen Bündeln auf faradische Erregung. Rechter Biceps und Triceps sind von gleichem Umfang wie linkerseits.

Stat. praes. nach 2 Jahren: Die Schulterblattstellung differirt sehr wenig mehr von der der linken Seite. Zwischen den Cucullares und Infraspinati beider Seiten besteht kein Unterschied mehr. Die Erhebung der Arme geschieht beiderseits gleich vollständig. Die electrische Erregbarkeit des noch immer etwas atrophischen linken Deltoides ist normal. Die Extensoren des linken Vorderarms sind normal, aber faradisch schwächer erregbar als rechts. Die Sensibilitätsstörung am linken Daumen und Zeigefinger ist begrenzter, aber noch nicht verschwunden.

Die symptomatologische Besonderheit dieses Falles ist die Möglichkeit der Erhebung des Arms bis nahe zur Verticalen. Sie ist bisher nur in einem Fall von Erb beobachtet worden, in welchem jedoch eine Rückwärtsbeugung des Oberkörpers, Schlenkerbewe-



gung des Arms und Luxation des Humeruskopfes nach unten Erfordernisse des Zustandekommens waren. In B.'s Fall unterschied sich die Bewegung nicht in der Form, sondern nur in der Ausdehnung und in Bezug auf die dabei functionirenden Muskeln von der gesunden Seite. Eine nahezu vollkommene Compensation des Serratus war nur möglich durch die Hypertrophie der oberen und mittleren Cucullarportionen und der Abductoren, zu denen ausser dem Deltoides und Supraspinatus auch der Infraspinatus zu rechnen ist. Hatten letztere drei Muskeln den Oberarm im rechten Winkel gegen das Schulterblatt fixirt, so vollendete der Cucull. durch Drehung der Scapula die Erhebung zur Verticalen. Die bisher fast unbeachtet gebliebene, von Fick und E. Weber beschriebene abducirende Wirkung des Infraspinatus wurde von B. ausser im vorliegenden Falle wiederholt an andern Lebenden und an Kunstwerken constatirt.

Der Ansicht Lewinski's, dass Deviation des Schulterblatts bei Serratuslähmung nur bei gleichzeitiger Lähmung der Portio media des Cucull. vorkomme, hält der V. seinen Fall von unzweifelhaft isolirter Serratuslähmung mit ebenso unzweifelhafter Stellungsanomalie des Schulterblatts entgegen. Auch sei die für Serratuslähmung characteristische Schulterblattstellung nicht identisch mit der von Lewinski geschilderten „Cadaverstellung".

Die neuerdings von M. Bernhardt ausführlich veröffentlichten Fälle lassen sich mit dem vorliegenden in Einklang bringen.

Merkwürdig ist endlich an dem Fall der Verlauf: die spontane Heilung binnen 15 Monaten.

Die Frage, ob der Sitz der Lähmung peripher oder central sei, lässt B. unentschieden, spricht sich jedoch mehr zu Gunsten der Annahme einer — nach Abdom. Typhus aufgetretenen — Poliomyelitis anterior aus. Für einen spinalen Sitz spreche: die Möglichkeit, die wenngleich zerstreuten Heerde auf einen beschränkten Raum (graue Vorderstränge des Halsmarks) zu localisiren; die Unwahrscheinlichkeit einer Beschränkung der Affection auf die oberen Extremitäten bei Annahme einer aus Erkältungsursache entstandenen peripheren Lähmung; die fast ausschliessliche Beschränkung der Lähmung auf das motorische Gebiet, sowie die nur theilweise Lähmung des Deltamuskels; der brennende Nackenschmerz u. A. m. — Neuralgische Beschwerden und schmerzhafte Empfindungen in den atrophirenden Muskeln waren nie vorhanden.

Stintzing (München).

**Tenneson, Un nouveau cas d'anurie calculeuse.** (Ein neuer Fall von Anuria calculosa.) (L'Union méd. Nr. 11. 1880.

Ein 55jähriger Mann hatte alle Symptome einer interstitiellen Nephritis. Plötzlich tritt fast vollständige Anurie ein. Der spärlich gelassene Harn enthält viel Eiweiss, grosse Mengen granulirter Cylinder; Uraemie, Tod. Bei der Section fand man: Vermehrung des Bindegewebes der Nieren im Pyramidentheil, wie in der Rinde. Im Pyramidentheil viele Canäle erweitert und mit degenerirten Epithelien gefüllt. In dem Nierenbecken beiderseits ein harnsaurer Stein von der Grösse einer Nuss, kleinere Steine in den Kelchen, keine Pyelitis; Ureteren normal. Der Entzündungsprozess der Nieren scheine von den tubulis auszugehen.

Roux.



**P. Fürbringer, Zur Kenntniss der Albuminurie bei gesunden Nieren.** (Zeitschrift f. klin. Medic. Bd. I. Heft II. p. 340 ff.)

Schon vor Leube haben Andere Albuminurie beobachtet, ohne dass Zeichen eines Nierenleidens oder anderer Erkrankung bestanden (Vogel). Ebenso waren schon früher Fälle von intermittirender Ausscheidung von Eiweiss gesehen (Vogel, Ultzmann), wobei die Annahme einer partiellen Gewebserkrankung ausgeschlossen wurde. Leube fand in seiner Massenuntersuchung, dass von 119 Soldaten 5 nach dem Aufstehen, nach mehrstündigem Exercieren ausserdem noch 14 eiweisshaltigen Harn entleerten. Zur Erklärung wird Drucksteigerung durch Muskelaction (im Gegensatz zu Ranke) und individuelle Differenzen der Porosität des Filter angenommen. Nach ihm hat Dukes zahlreiche Fälle beobachtet, wo Knaben zwischen 13 u. 17 Jahren an Albuminurie litten, die Menge des Eiweisses schwankte, bald war solches permanent, bald intermittirend vorhanden. Albuminurie gesteigert resp. hervorgerufen „durch Diätfehler, körperliche Anstrengung, Erkältung, Gemüthserregung; Schwund bei Milchdiät, besonders in der Bettlage; Wiederausbruch bei Genuss von Fleisch ausserhalb des Bettes". Zur Erklärung benutzt: Hyperämie der Nieren durch in der Pubertät sich entwickelnde Spannungszunahme im arteriellen System.

Edlefzen erklärt die Albuminurie der von ihm beobachteten anämischen Individuen (nur nach Anstrengung trat sie auf), im Einklang mit Ranke und Runebergs Filtrationsgesetzen (vermehrter Durchgang von Eiweiss durchs Filter bei Abnahme des Druckes) durch Abnahme des Druckes im Glomerulus infolge des Zuströmens zu den Muskeln und besonders bei Anaemie Anhäufung des Bluts im kleinen Kreislauf.

Dagegen führt F. an, dass bei den von Leube untersuchten Soldaten Anaemie und Herzschwäche nicht anzunehmen sei.

Ultzmann fand Eiweiss vorübergehend in spärlichem, gesättigtem Harne von Offizieren nach Strapatzen und bei nervösen Individuen nach starken Erregungen.

Fürbringer theilt eigne Beobachtungen mit. 1 Fall zeigte, „dass es weder der Anaemie noch der Muskelanstrengung bedarf, um gesunde Nieren zu Eiweissausscheidung zu veranlassen". Albuminurie trat hier auf durch asthenische Affecte (Affecte die veränderte Muskelspannung zur Folge haben, z. B. Schrecken), da solche durch veränderte Blutvertheilung acute Nierencyanose bedingen. Desshalb fällt auch hier die Albuminurie zusammen mit Entleerung von Stauungsharn.

Abnahme der Wasserausscheidung durch die Nieren bei Depressionszuständen des Gemüths hat Beneke nachgewiesen.

Bei einigen anaemischen Individuen bestätigt F. die Befunde von Vogel, Dukes und Edlefzen, fand aber auch intermittirend Eiweiss im Harn kräftiger junger Männer, und zwar ohne dass ein Abhängigkeitsverhältniss von körperlicher Bewegung nachzuweisen war. Massenuntersuchungen machte F. in einer Kinderbewahranstalt. Er betont dabei gleiche Ernährungsverhältnisse der beobachteten Kinder. Von 61 Kindern fand er 7 mit Albuminurie behaftet. 2 davon (durchaus gesunde Kinder) lieferten bei der ersten Untersuchung Eiweiss, später



überhaupt nicht wieder, 1 anämisches Kind und 1 mit leichter Vergrösserung der Cervicaldrüsen verhielt sich ähnlich. 3 andere hatten periodische Ausscheidung von Albumin.

F. resümirt aus allem 2 Sätze:

1. „Dass eine Abhängigkeit des Eiweissübertritts in den Harn Gesunder resp. gesunder Nieren von einem gesteigerten Blutdruck in den Glomerulis höchst unwahrscheinlich ist."

Vielmehr ist wahrscheinliche Ursache, aber nicht alleinige, ein Sinken des Absonderungsdrucks und dadurch Uebertritt von Eiweiss (Runeberg). Zeichen dieser Druckverminderung bietet der concentrirte Harn in den „Anfällen". Ursache derselben können asthenische Affecte, Muskelarbeit, Mangel an Wassereinfuhr sein.

Da aber bei Kachectikern extreme Oligurie ohne Albuminurie vorkommt, die hochgradige Verminderung des Absonderungsdruckes nicht nothwendig Eiweiss liefert, da nur eine kleine Zahl gesunder Nieren den Uebertritt gestattet, hierbei periodische Schwankungen existiren, ohne dass die früheren Schwankungen des Absonderungsdrucks aufhören, da dauernder Schwund der Albuminurie auftritt, ohne dass die Beschaffenheit des Harns oder die äusseren Lebensbedingungen sich ändern, so folgt daraus

2. „dass die von Runeberg geltend gemachte Druckabnahme in den Glomerulis an und für sich nicht genügt zum Uebertritt von Albumin in das Secret gesunder Nieren, dass wir vielmehr ausserdem eine von jener Druckabnahme unabhängige individuelle Permeabilität der Filtermembran, speciell der für den Uebertritt der Albuminpartikel bestimmten Bahnen annehmen müssen."

Es muss sich dabei um Störungen handeln, welche schnell ausgeglichen werden, sonst wäre die Periodicität unverständlich.

Für den Praktiker wird die Lehre angefügt, bei nachgewiesener Albuminurie nicht ohne weiteres durch die Diagnose einer „latenten nephritis" den Patienten zu beunruhigen. Finkler.

---

**Franz Müller**, Docent, **Ueber Morphinismus.** (Wien. med. Presse 1880 No. 10, 11, 12.)

Nachdem M. die Symptome der Krankheit, welche durch habituelle Morphininjection hervorgerufen und unterhalten wird, geschildert und den Verlauf, die Prognose und die Aetiologie derselben besprochen hat, geht er ausführlich auf die Therapie derselben ein und theilt ein ihm eigenes Verfahren mit. Er ist ein Gegner der plötzlichen Entziehungskur. Der Morphinismus sei ein Erschöpfungszustand des Centralnervensystems, eine chronische Cachexie, bei der ein so depotenzirender Eingriff wie die plötzliche Entziehung des gewohnten Nervenreizmittels, die gefährlichsten Zufälle herbeiführen müsse. Auch sei der dauernde Erfolg der plötzlichen Entziehungsmethode rücksichtlich der Recidive ein sehr fraglicher. Das Wesentliche der von ihm geübten langsamen Entziehungs-Methode besteht in der Substituirung des Alcaloides Morphin durch einen aliquoten Theil Opium und nachherige allmälige Verminderung dieser Dosis bis



zur völligen Sistirung derselben. Das Opium besässe ausser den dem Morphium eigenthümlichen Wirkungen noch exquisit trophische und tonisirende, namentlich auf das Centralnervenorgan, und erfahre durch dasselbe die tief geschädigte Ernährung, die hochgradige Anämie schon an und für sich eine Aufbesserung. Bei Substituirung des Morphiums durch Opium bedürfte es des Individualisirens. Im Allgemeinen genüge im Beginn des Curverfahrens $^1/_2$ bis $^1/_3$ der früheren Morphium-Dosis in Form des Opiums. Den kleineren Theil des Opiums gibt M. in Pillenform mit Nux vomica, da so die Injectionen früher ausgesetzt werden könnten. In der Injectionsdosis pflegt er jeden Tag um 0,01 Gr. herabzugehen, verweilt dann längere Zeit auf einer niederen Dosis, um späterhin auch diese wegzulassen. Neben diesem Verfahren sei besonders auf ein roborirendes Regime zu achten. Die Schlaflosigkeit könne durch ein Glas guten alkoholreichen Weines bekämpft werden. Morgens vorgenommene kalte nasse Abreibungen seien zu empfehlen. Zu den Opiuminjectionen bedient sich M., wie aus einer mitgetheilten Krankengeschichte hervorgeht, des Extr. opii aquos. Er begann in jenem Falle damit, anstatt der gewohnten Morphiumdosis von 0,45 Gr. 0,09 Extr. Opii aquos. zu injiciren und dabei 6 Pillen, jede 0,01 Extr. opii aqu. enthaltend, zu verabreichen.

Ungar.

---

**W. Rutherford, On the Physiological Action of Drugs on the Secretion of Bile.** Ueber die physiologische Wirkung der Arzneimittel auf die Gallensecretion. (Transactions of the Royal Society of Edinburgh. Vol. XXIX. 1879. S. 133—263.)

Rutherford hat sich die Aufgabe gestellt, darüber zu einem Aufschluss zu gelangen, in welcher Weise und ob überhaupt bestimmte Arzneimittel, deren Beziehung zum Tractus intestinalis bekannt war, auf die Secretion der Galle einen besonderen Einfluss auszuüben im Stande seien. Wenn man bedenkt, dass in England die „bilious disease“ in der Praxis und Therapie eine viel wesentlichere Rolle spielt wie in Deutschland, so lag das Interesse, über die Einwirkung von gewissen Medicamenten auf die Gallenabsonderung Klarheit zu erlangen, für den Engländer auf der Hand. Aber auch für den deutschen Arzt ist es von nicht geringer Wichtigkeit, in dieselbe Frage einen Einblick zu thun, und so verdienen R.'s Forschungen, denen eine grosse Zahl von Versuchen zu Grunde liegt, unsere volle Beachtung.

Die Methode, welche R. bei seiner Arbeit befolgte, war diese: Sämmtliche Versuche wurden an Hunden gemacht, die am Nachmittage vorher zuletzt mit Fleisch gefüttert waren und sich demgemäss am folgenden Morgen, als zur Zeit des Versuches, im Fastenzustande befanden. Hunde wurden aus dem Grunde als Versuchsobjecte gewählt, weil deren gemeinsamer Gallenausführungsgang es ermöglicht, eine hinreichend weite Canüle einzuführen, die nicht so leicht durch Schleimpfröpfe verstopft werden konnte. Ferner hat der Magen des Hundes mit dem des Menschen die Aehnlichkeit, dass bei beiden derselbe im Fastenzustande leer ist, was bekanntlich beim Kaninchen nie der Fall zu sein pflegt.



Ein weiterer Grund, an Hunden die Beobachtungen anzustellen, war dadurch gegeben, dass auch Röhrig (Exper. Unt. üb. d. Physiol. d. Gallenabs. Stricker's Jahrb. 1873), der bereits früher die Beeinflussung der Gallensecretion unter gegebenen Bedingungen studirt hatte, sich der Hunde bedient hatte. Es war also nöthig, um vergleichbare Resultate zu erhalten, dieselbe Thierspecies zu benutzen.

Die getroffene Wahl zeigte sich insofern als eine glückliche, als sämmtliche Versuche übereinstimmten mit den Erscheinungen, die man beim Menschen zu sehen gewohnt ist, woraus R. schliesst, dass die Hundeleber in gleicher Weise, wenn auch nicht in gleichem Grade von bestimmten Medicamenten afficirt wird, wie die des Menschen.

Um Muskelbewegungen des Thieres, die eine Veränderung in der Secretionsweise der Galle hätten bedingen können, auszuschliessen, wurde dasselbe mit geringen Curaredosen gelähmt. Die Curaregaben wurden nach Bedarf wiederholt, künstliche Athmung unterhalten. Chloroform erwies sich als unpraktisch.

Nachdem ein Einschnitt in der Linea alba gemacht, wurde eine Glascanüle in den Gallengang, nahe seiner Darminsertion, eingeführt. An das freie Ende der Kanüle wurde ein Gummischlauch mit kurzer Glasröhre eingebunden, so dass die Galle abtröpfeln konnte. Dann wurde die Gallenblase durch Druck entleert, der Ductus cysticus abgeklemmt, und so musste alle secernirte Galle durch die Kanüle fliessen. Die Abdominalwunde wurde sorgfältig geschlossen, das Thier mit Watte zugedeckt und sorgfältig darauf geachtet, dass die Körpertemperatur auf normaler Höhe blieb — a matter of no small importance — da mit dem Sinken der Körpertemperatur auch die Gallensecretion abnahm. Ebenso musste auch die Respiration möglichst gleichmässig erhalten werden, da unregelmässige Action des Diaphragmas gleichfalls den Gallenabfluss beeinträchtigte.

Röhrig schätzte die Geschwindigkeit der Gallensecretion, indem er die Zeit bestimmte, welche zwischen dem Fallen der einzelnen Gallentropfen verstrich. Dieses Verfahren erschien für eine längere Zeitdauer umständlich, da während derselben sowohl spontane Veränderungen im Secretionsmodus auftreten konnten, unabhängig von irgend welchem eingefügten Arzneimittel, als auch die etwa veränderte Consistenz der Galle die Zeitintervalle beeinflussen musste. Rutherford liess demgemäss die Galle in ein dünnes, calibrirtes Glasröhrchen fliessen und las alle $^1/_4$ Stunden die Menge des Ausgeflossenen ab.

In einigen Fällen wurden Gallenanalysen vorgenommen, es fand sich, dass in dem Fall, wo unter dem Einfluss eines Mittels die Galle wässeriger wurde, die vermehrte Geschwindigkeit der Secretion den erhöhten Wassergehalt compensirte.

Nach Beendigung der Versuche wurde jedesmal die Section gemacht mit besonderer Berücksichtigung der etwa im Tractus intestinalis aufgetretenen pathologischen Veränderungen.

Da die curarisirten Thiere nicht schlucken konnten, Einführung eines Catheters in den Magen schwierig war und zudem die Innenwand des letzteren im Fastenstadium mit Schleim dicht belegt und also zur Resorption des Aufgenommenen weniger geeignet erschien, so wurden die Medikamente mit einer Injectionsspritze direkt in's Duo-

denum eingespritzt. Die Resultate zeigten, dass diese Methode gut war mit Ausnahme der Fälle, wo mit Calomel experimentirt wurde, da dieses mit dem Darmsaft Sublimat bildet, und R. fand, dass Calomel als solches die Leber nicht afficire im Gegensatz zum Sublimat.

Die Endergebnisse, die R. aus seinen Versuchen erhielt, sind folgende:

1. Die Gallensecretion eines, seit 18 Stunden fastenden, curarisirten Hundes bleibt 4—5 Stunden lang nach Beginn des Versuches nahezu constant, dasselbe gilt für ihre Zusammensetzung.

2. Crotonöl ist ein sehr schwaches Leberstimulans. Röhrig's entgegengesetztes Resultat schreibt Rutherford dessen Methode zu.

3. Podophyllin (Resina Podophylli) ist ein sehr kräftiges Leberstimulans. Während der Zunahme der Gallensecretion ist der Procentgehalt der festen Gallenbestandtheile verringert. Wird die Dosis zu hoch genommen, so erfolgt kein Ansteigen der Gallensecretion. Podophyllin ist ein starkes Excitans für den Darm.

4. Aloë erregt in sehr grosser Dosis die Leber kräftig. Der Wassergehalt der Galle nimmt zu, gleichzeitig aber auch die Menge der secernirten Galle.

5. Rhabarber ist ein sicheres, wenn auch kein starkes Leberstimulans. Die unter seinem Einfluss gelieferte Galle hat normale Zusammensetzung.

6. Senna wirkt sehr schwach, sie macht die Galle wässeriger.

7. Colchicum erregt in sehr starker Dosis Leber und Darm mächtig. Die Gallenmenge als solche wird vermehrt unter gleichzeitiger Zunahme ihres Wassergehaltes.

8. Schwefels. Magnesia
9. Ricinusöl
10. Gummigutti
11. Salmiak

} beeinflussen nur die Drüsen des Darmes, sind ohne Wirkung auf die Leber.

12. Scammonium erregt die Leber nur schwach, den Darm stark.

13. Euonymin (Resina Euonymi atropurpurei) erregt die Leber stark, den Darm schwach.

14. Iridin (Resina Iridis versicoloris) beeinflusst Leber und Darm kräftig, letzteren jedoch weniger stark wie das Podophyllin.

15. Leptandrin (aus der Wurzel der Leptandra virginica) wirkt mässig stark auf die Leber, schwach auf den Darm.

16. Sanguinarin (Resina Sanguinariae canadensis) erregt die Leber stark, den Darm schwach.

17. Ipecacuanha ist ein kräftiges Leberstimulans. Die Secretion des Darmschleimes wird etwas vermehrt, ein anderer Reizeffect auf den Darm ist nicht wahrnehmbar. Die Gallenzusammensetzung ist die normale.

18. Coloquinthe erregt in starker Dosis Leber und Darm gleich stark. Hinsichtlich der Gallenmenge gilt das unter 7 angeführte.

19. Jalappe wirkt mässig auf die Leber, stark auf den Darm.

20. Taraxacum ist ein sehr schwaches Leberstimulans.

21. Verdünnte Salpetersäure ist ein Leberstimulans von beträchtlicher Kraft.

22. Kochsalz ist ein sehr schwaches Leberstimulans.

23. Rochellesalz (weins. Kali-Natron) ist ein schwaches Reizmittel für die Leber, ein starkes für den Darm.

24. Phosphorsaures Natron erregt die Leber stark, den Darm schwach.

25. Schwefelsaures Natron verhält sich umgekehrt.

26. Schwefelsaures Kali erregt Leber und Darm stark, seine Wirkung auf die Leber ist ungewiss, wahrscheinlich wegen seiner geringen Löslichkeit.

27. Doppeltkohlensaures Natron }
28. Doppeltkohlensaures Kali } haben, selbst in grossen Dosen, keinen nennenswerthen Einfluss auf die Leber.

29. Jodkalium zeigt keinen besonderen Effect.

30. Calabarbohne erregt, ausser in sehr grossen Dosen, die Leber nur mässig.

31. Schwefelsaures Atropin ist antagonistisch gegenüber der Calabarwirkung. Allein gegeben, hat es keinen besonderen Einfluss auf die Gallensecretion.

32. Menispermin ist ohne Einfluss auf die Leber, zeigt geringe Wirkung gegenüber den Darmdrüsen.

33. Baptisin (von Baptisia tinctoria, dem wilden Indigo) erregt Leber und Darm in beträchtlicher Weise.

34. Phytolaccin (von Phytolacca decandra) verhält sich in Bezug auf die Leber wie das vorhergehende, den Darm beeinflusst es in geringerem Grade.

35. Hydrastin (Harz aus der Wurzel von Hydrastis canadensis) zeigte mässige Wirkung auf Leber und Darm.

36. Juglandin verhält sich ähnlich wie Hydrastin.

37. Benzoesaures Natron ist ein kräftiges Leberstimulans. Den Darm beeinflusst es nicht.

38. Benzoesaures Ammoniak verhält sich wie das Natronsalz, wirkt nur etwas schwächer.

39. Benzoesäure ist zwar ein Leberstimulans, jedoch bedingt ihre geringe Löslichkeit eine schwächere Action wie die sich bei den eben genannten Salzen äussernde.

40. Salicylsaures Natron ist ein sehr kräftiges Erregungsmittel für die Leber, seine Darmwirkung ist unbedeutend.

41. Phosphorsaures Ammoniak wirkt nur, und zwar kräftig, auf die Leber ein.

42. Gerbsäure ist ohne Wirkung.

43. Essigsaures Blei setzt, in grösseren Dosen, die Gallensecretion herab, „vermuthlich durch direkte Wirkung auf die Leber".

44. Jaborandi ist ein sehr schwaches Leberstimulans.

45. Schwefelsaures Mangan wirkt nur auf die Darmdrüsen und zwar stark.

46. Morphin ist ohne sichtlichen Einfluss auf die Gallensecretion und nicht im Stande, z. B. die Wirkung des salicylsauren Natrons aufzuheben.

47. Hyoscyamus verhält sich ähnlich wie Morphin.

48. Reiner verdünnter Alkohol zeigte sich wirkungslos.

49. Calomel wirkt auf die Darmdrüsen, nicht auf die Leber.



50. Aetzsublimat verhält sich gerade umgekehrt. Giebt man Calomel und Sublimat zugleich, so werden Leber und Darm gleichzeitig afficirt.

51. Injection von 100 cc. Wasser in's Duodenum bedingt nur ein geringes Ansteigen der Gallensecretion.

52. Injection von 3 cc. Galle in's Duodenum beeinflusst die Gallensecretion nicht, 6 cc. Galle hatten nur mässig vermehrenden Einfluss.

53. Wird durch reine Darmmittel, z. B. schwefelsaure Magnesia, Gummi-Gutti oder Ricinusöl Durchfall erregt, so sinkt die Gallensecretion.

54. Wenn eine Substanz, die, wie z. B. das Podophyllin Leber und Darm gleich stark afficirt, in zu grosser Dosis angewandt wird, so tritt keine Vermehrung der Gallensecretion auf. Sollte dieselbe zu Anfang des Versuches doch eingetreten sein, so nimmt sie gleichwohl rasch ab, während progressiv die entfernter liegenden Parthieen der Darmschleimhaut von dem Stimulans ergriffen werden.

Am Ende seiner Arbeit weist R. darauf hin, dass die von ihm erhaltenen Resultate nur für den Hund gelten, was demgemäss zur vorsichtigen Schlussfolgerung für das Verhalten der angeführten Mittel beim Menschen auffordern müsse. Auch betont R., dass in einzelnen Fällen, z. B. bei Aloë, Podophyllin, Colchicum und Calabar die Dosen excessiv hoch gewählt wurden.

Interessant ist auch hier der Einfluss der Galle gegenüber der Resorbirbarkeit mehrerer von R. benutzter Substanzen. Fast sämmtliche, dem Pflanzenreich entnommene Körper zeigten erst dann einen deutlichen Einfluss auf die Gallensecretion, wenn sie, mit Galle verrieben und in Wasser aufgeschwemmt, in's Duodenum injicirt wurden. Es stellten sich z. B. die Werthe für das Podophyllin, je nachdem dasselbe ohne oder mit Galle in den Darm gebracht worden war, auf 0,47 respective 1,01 cc. secernirter Galle auf eine Stunde und ein Kilogramm Körpergewicht des Thieres berechnet, also Zunahme von mehr wie dem doppelten Werthe.

R. stellt sich nun die Frage nach dem Wie? des Einflusses, den die durchgeprüften Mittel auf die Leber äussern. Die Annahme, dass es sich um eine Reflexwirkung handele, insofern als sich die Leber bei gereizter Darmschleimhaut ähnlich verhalten könnte, wie die Speicheldrüsen bei einer Irritation der Mundschleimhaut sei unhaltbar, da Stoffe, die die Darmschleimhaut stark afficiren, wie Gummi-Gutti und schwefelsaure Magnesia, ohne Einfluss auf die Leber seien und umgekehrt kräftige Lebermittel, wie Ipecacuanha und die Salze der Benzoesäure, den Darm unbeeinflusst liessen.

Auch die Annahme, dass es sich um Erregung der Leberzellen handele, lediglich bedingt durch vermehrte Blutzufuhr zu denselben, weist R. zurück. Einzelne Stoffe nämlich, die eine Dilatation der Darmgefässe hervorbringen, z. B. das Ricinusöl, die demgemäss eine stärkere Füllung der Vena portarum hervorrufen müssten, zeigten keinen Einfluss auf die Gallensecretion.

R. nimmt an, dass es sich um directe Wirkung der Leberstimulantien auf die Leberzellen oder die Lebernerven handele. Jedoch will er diesen Punkt vorläufig nicht weiter erörtern, da eine Klarlegung desselben schwierig sei und von geringem Gewicht im Vergleich zu



der Erkenntniss, welche Körper überhaupt Leberstimulantien seien und welche nicht. Den Ausdruck „cholagogum“ verwirft R. als zu allgemein, da er jedes Mittel bezeichnen könne, welches eine vermehrte Gallenströmung hervorrufe, gleichviel ob durch directe Leberwirkung oder durch einfache Erregung der Wandungen des Gallenweges. R. adoptirt demgemäss den Begriff „Leberstimulans“ nur für die Substanzen, von denen nachgewiesen ist, dass sie in directer Beziehung zur Leber resp. zu deren secretorischer Thätigkeit stehen.

R. macht schliesslieh auf die Thatsache aufmerksam, dass bei der grossen Reihe von Stoffen, die die Gallensecretion vermehre, nur einer, das essigsaure Blei, sich befinde, dem ein depressorischer Einfluss zugeschrieben werden könne. Die Verminderung der Gallenabscheidung, wie er sie nach grossen, durchfallerregenden Gaben von schwefelsaurer Magnesia etc. gesehen, könne, der ganzen Art seiner Versuche zu Folge, also bei völlig leerem Darm, nicht darauf beruhen, dass unter dem Einfluss des Mittels die Absorption zur Gallenbildung nöthiger Substanzen vom Darm aus verhindert werde. Die depressive Wirkung scheine demgemäss darauf zu beruhen, dass durch die starke Ausdehnung der Mesenterial- und Intestinalgefässe eine bedeutende Abnahme des Blutdrucks in der Leber Platz greife. Unter den gewöhnlichen Bedingungen beim Menschen angewandt, beeinflusse die Magnesia, wenn auch indirect, die Leber noch dadurch, dass sie Substanzen aus dem Darm entferne, die sich unter abnormen Verhältnissen in demselben vorfindend, nach ihrer Resorption die Gallensecretion compliciren könnten (hamper hepatic action). Er (R.) sei der Ansicht, dass durch den Nachweis der die Gallensecretion herabsetzenden Fähigkeit reiner Darmmittel (purely intestinal purgatives) dem Arzte Thatsachen an die Hand gegeben seien, die bei rationeller Therapie ihren Dienst nicht versagen würden. Schulz.

---

**Aimé Martin et Oberlin, Sur l'action thérapeutique du Sulfate de Cuivre dans le traitement de la Syphilis constitutionnelle.** (Ueber die therapeutische Wirkung des Cuprum Sulphuricum bei constitutioneller Syphilis.) (Gaz. méd. de Paris. Nr. 15. 1880.

50 Patienten wurden wegen secundärer und tertiärer syphilitischer Affectionen mit Cuprum sulfuricum behandelt. In einer Anzahl von Fällen soll sich eine promptere Heilwirkung gezeigt haben, als sie Quecksilbersalzen zukommt. Nur bei einem Patienten sei am ersten Tage etwas Erbrechen eingetreten; nach wenigen Tagen aber wurde das Metall ertragen. Grüner Saum am Zahnfleisch ohne Auflockerung der Schleimhaut in wenigen Fällen beobachtet, sei wieder schnell verschwunden. Man gab das Mittel in Lösungen (mit Aqua dest.), so dass 4, 8 und höchstens 12 Milligramm täglich genommen wurden. Einem grossen Bade wurden 20 grm zugesetzt. Roux.

---

**Acid. chrysophanicum.** (Correspondenzblatt für schweizer Aerzte 1880 No. 7.)

Nach einer Mittheilung des Apothekers Cas. Nienhaus in Basel lassen sich mit Chrysophansäure behandelte und durch Berührung mit alkalinischen Substanzen, z. B.: Seife, violett verfärbte Hautstellen durch Waschung mit verdünnter Säure (mit Acid. acet. versetztem Wasser) rasch entfärben. Indem durch Uebersättigung des Alkali durch eine andere Säure die Chrysophansäure wieder ausgeschieden wird, verschwindet die dunkle Färbung. Ungar.

---

## Neue Bücher.

Atkinson, Therapeutics of gynecology and obstetrics, comprising medical dietetic and hygiehic treatement of diseases of women. Philadelphia.

Brügelmann, Inhalationstherapie bei den Krankheiten der Brust, des Halses und der Nase. 3. Aufl. Mit 3 lith. Tafeln. Cöln-Leipzig, E. H. Mayer. 4 Mark

Calignon, De l'extirpation des polypes nasopharyngiens sans operation préable. Lyon, Chanoine.

Clément, Contribution à l'étude du traitement de l'extropion muqueux. Paris, Parent.

Dowse, Syphilis of the brain and spinal cord. New-York. 3 sh.

Fazio, Trattato di Climatologia e d'Igiene medica. I, 1. Neapel, Detken & Rocholl. 1 frc.

Krabbe, Die Kinderpflege in den Soolbädern. Hamburg, W. L. Oemler. 1 Mark.

Lefranc, Contribution à l'étude des rétrécisements traumatiques de l'urèthre. Paris, Parent.

Lersch, Kleine Pest-Chronik, Zeiten und Zeichen der orientalischen Pest. Cöln-Leipzig, E H. Mayer. 1 M. 20 Pf.

Morel, Recherches expérimentales sur la pathogénie des lésions du coeur droit, consécutives à certaines maladies. Lyon, Chanoine.

Nodet, Contribution à l'étude des éruptions pemphigoides aignes chez l'adulte. Paris, Delahaye.

Porcher, Etude sur le goitre dans ses relations avec les fonctions utérines. Paris, Parent.

Reboul, Etude sur les eruptions arsénicales. Lyon, Pitrât aîné.

Rondot, Des gangrènes spontanées. Paris, Donnaud.

---

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen nebst Titel und Register.

# Centralblatt
für
# KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigirt von

**Dr. H. Rühle,** Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

**Dr. D. Finkler,** Privatdocent und Assistent an der medicin. Klinik in Bonn.

**1880.** **1. Mai.** **Nro. 10.**

**Inhalt:** Referate: **Wiedemann,** Zur Lehre von der Lungenentzündung. Kommt Lungenseuche bei den Menschen vor? — **Leichtenstern,** Die plötzlichen Todesfälle bei pleuritischen Exsudaten. — **Munk,** Zur Kenntniss der Bedeutung des Fettes und seiner Componenten für den Stoffwechsel. — **Sigrist,** Ueber den Einfluss des Elektrisirens der Leber auf die Harnstoffausscheidung. — **Vulpian,** Sur quelques altérations des capsules surrénales. — **Duguet,** Les taches bleues; leur production artificielle. — **Frédet,** De l'Epistaxis grave. — **Sassezky,** Ueber den Einfluss erhöhter und herabgesetzter Temperatur auf die Resorption an der Stelle einer subkutanen Injektion. — **Terrillon,** De l'anesthésie locale par le bromure d'éthyle. — **Mawer,** Poisoning by Digitalis. — **Lewis,** Schwefelsaures Atropin bei Morphiumvergiftung. — **Boissarie,** Note sur l'Ergotine, ses inconvénients et ses dangers. — **van Embden** en **Roorda Smit,** Bydrage tot de kennis van de werking van Pelletiérin als Taenifugium. — **Klikowitsch,** Ueber die therapeutische Wirkung des Stickoxyduls in einigen Krankheiten. — **Soltmann,** Arsenik und Propylamin gegen Chorea minor.

**Dr. Eugen Wiedemann, Zur Lehre von der Lungenentzündung. Kommt Lungenseuche bei dem Menschen vor?** (Deutsches Archiv f. klin. Medicin, 25. Bd., 4. u. 5. Heft, S. 388—415.)

In einer Familie erlagen innerhalb 18 Monate zwei bis dahin gesunde kräftige Kinder einer pneumonischen Erkrankung eigenartigen Verlaufs. Fiel auch schon die erste Erkrankung auf, so ward doch die zweite klinisch sorgfältiger verfolgt und später einer genaueren anatomischen Untersuchung unterworfen. Das erste Kind, 30 Wochen alt, erkrankt plötzlich am 7. Tage nach der Impfung bei abheilenden Pusteln. Am 4. Krankheitstage tritt es in poliklinische Behandlung und findet man eine Verdichtung des rechten Unterlappens mit allen dafür charakteristischen akustischen Merkmalen. Diese Verdichtung wird in Berücksichtigung des plötzlichen Anfangs der Erkrankung, des Allgemeinbefindens, des Verhaltens der Temperatur (Mittags 39,9 in ano) und des Vorhandenseins einer starken Milzschwellung als ein croupoeses Infiltrat angesprochen. Auffallend ist hierbei das Vorhandensein zweier Roseolaflecke am Rumpfe; dieselben verschwinden zwei Tage später. Sonst bietet die Erkrankung bis zum 9. Tage nichts Auffallendes, der Verlauf scheint ein günstiger zu sein. Am Abend des 9. Tages auffallende Verschlechterung des Allgemeinbefindens bei geringer Temperatursteigerung (bis 40,1). Die physikalische Untersu-



chung ergibt jetzt auch links hinten unten eine mässige Dämpfung, über derselben abgeschwächtes, unbestimmtes Athmen und mittelfeines Rasseln. Während in den nächsten Tagen bei langsamer, aber ununterbrochen fortschreitender Verschlimmerung des ganzen Zustandes die krankhaften Erscheinungen in der rechten Lunge mehr und mehr zurückgehen, wird die linksseitige Dämpfung intensiver und zeigt sich über derselben bronchiales Athmen. Am 10. Krankheitstage erneutes Auftreten der Roseola, 6—8 Flecke über den ganzen Rumpf verbreitet. Am 12. Krankheitstage, an dem sich die Temperatur zwischen 38,5 und 39,0 bewegt, stirbt das Kind im Collaps mit hochgradiger Cyanose. Die Sektion ergibt: Schwere eitrige Entzündung des ganzen Brustraumes, beide Pleurablätter sind in ihrer grössten Ausdehnung, der Herzbeutel ist überall mit eitrigen Faserstoffauflagerungen bedeckt, ein beträchtlicher eitriger Erguss in den Herzbeutel und ein mässig eitrig-seröser Erguss in den linken Pleuraraum haben den Unterlappen der linken Lunge völlig comprimirt. Der untere Lappen der rechten Lunge an seiner Basis und zwar der nach hinten gelegene Theil, lufthaltig, sonst luftleer und auf dem Durchschnitt deutliche Körnung zeigend. (Einer näheren Untersuchung wird der Lappen nicht unterworfen.) Herz mit eitrigen Fibrinmassen bedeckt. Milz erheblich vergrössert, Malpighische Körperchen deutlich sichtbar.

Das zweite Kind, 3—4 Jahre alt, erkrankt plötzlich mit schwerem Fieber (40,0 in ano). Weisen auch schon am ersten Tage die krankhaften Erscheinungen auf eine Herderkrankung in der rechten Lunge hin, so lassen sich doch durch die Percussion erst am 6. Tage, durch die Auscultation erst am 8. Tage prägnante Zeichen einer Infiltration des Oberlappens gewinnen. Am 9. Tage bemerkt man links als erste Zeichen einer beginnenden Erkrankung dieser Seite: Im Oberlappen grossblasiges Rasseln, neben der Wirbelsäule abwärts von der Spina scapulae im Umfang einiger Quadratzoll schwache Dämpfung und hauchendes Athmen. Die Temperatur, welche sich bereits Tags vorher etwas ermässigt hatte, geht dabei nicht in die Höhe, sinkt vielmehr von jetzt an stetig. In der Nacht vom 11. zum 12. Krankheitstage Verschlechterung des Allgemeinbefindens. Am 13. Krankheitstage links an der erwähnten Stelle bei leichter Dämpfung schwaches Bronchialathmen. Am 14. Tage links hinten von der Spina scapulae abwärts Dämpfung, die sich nicht nach vorne fortsetzt, über derselben lautes Bronchialathmen. Herzdämpfung bei dem unruhigen, hastig athmenden Kinde nicht sicher abzugrenzen, scheint nach rechts vergrössert. Bauch stark aufgetrieben. Am Abend des 14. Krankheitstages stirbt das Kind, nachdem bereits am Tage vorher die Temperatur auf 37,7 gesunken war. Die von Prof. Dr. v. Schueppel selbst vorgenommene Obduction ergibt: Eitrige Infiltration des Zellgewebes zwischen hinterer Fläche des Sternums und Mediastinum resp. Herzbeutel. Im Herzbeutel ein colossaler dünner eitriger Erguss; sein viscerales und parietales Blatt mit festen, dicken Faserstoffauflagerungen bedeckt. Im linken Pleuraraum circa 120 ccm dünneitrigen, gelbgrauen Serums. Linke Lunge zu einer 2 cm dicken Gewebslage zusammengepresst, grösstentheils mit eitrig-fibrinösen Massen überzogen. Rechte Lunge über dem oberen Lappen leicht entzündlich verklebt, nach der Spitze zu mit einem fest aufsitzenden graubraunen

Faserstoffbelag überzogen. Der obere Lappen, nach oben zu ungewöhnlich fest infiltrirt, von diffuser, schmutzig graurother Farbe (hämorrhagische Infiltration); in diesem Bereich sind die Läppchen schwer voneinander abzugrenzen; einige nicht scharf begrenzte Stellen sind dunkelbraun gefleckt. Der hämorrhagische Abschnitt wird durch eine 1 mm breite, gelbe, vielfach ein- und ausspringende Linie demarkirt. Der untere Theil des Oberlappens weniger fest, luftleer, von graurother Farbe, ähnlich wie bei der diffusen katarrhalischen Pneumonie, jedoch traten auf der Schnittfläche eine Masse gelblicher, circa hirsengrosser Punkte und Streifen hervor. An der unteren Seite des Oberlappens mehrere ganz blass graurothe infiltrirte und durch eine schmale Eiterzone demarkirte Flecke und Streifen. Bronchial- und Mesenterialdrüsen geschwollen. Milz vergrössert mit schwach hervortretenden Follikeln. Das Resultat der mikroskopischen Untersuchung des rechten Oberlappens, welches ausführlicher beschrieben wird, resumirt W. folgendermassen:

1. Lymphangoitis im Zellgewebe mit Lymphtromben, welche Bacterien vertheilt oder in grossen Pilzrasen führen, vordringend bis in die Alveolarsepten.

2. Eitrig-zellige Infiltration des Lungenstromas und namentlich der Alveolarsepten.

3. Croup der verkleinerten Alveolen.

4. Haemorrhagie. Die abgeblassten Blutkörperchen liegen theils im Stroma diffus infiltrirt, theils sind sie in den Exsudatpröpfen der Alveolen eingeschlossen.

5. Thrombose der gröberen Lungenarterienäste mit massenhaften Micrococcen, theils vertheilt, theils in klumpenförmigen Colonien.

Auch die mikroskopische Untersuchung hat also ergeben, dass es sich um einen eigenthümlichen Process handelt. W. ventilirt nun die Frage, ob und in welcher Beziehung die beiden mitgetheilten Krankheitsfälle zu der Lungenseuche des Rindviehes ständen. Ein Fall von Uebertragung dieser Krankheit vom Rindvieh auf den Menschen finde sich nirgends erwähnt. Die anatomische Untersuchung ergäbe bei der Lungenseuche eine vorzugsweise Erkrankung des interlobulären Bindegewebes — plastisches Exsudat in demselben —, dann auch der Lungenalveolen und der kleineren Bronchien, in der Hauptsache eine interstitielle Pneumonie; consecutiv erkrankten auch Brustfell und Herzbeutel. In der untersuchten Lunge des Kindes bewiesen die Lymphangoitis mit Thromben und die eitrig-zellige Infiltration den interstitiellen Charakter der vorliegenden Lungenentzündung und stimmten mit den über die anatomischen Erscheinungen und Processe der Lungenseuche beim Rindvieh bekannten Beschreibungen vollständig überein. Die in den frischen Präparaten mit Sicherheit nachgewiesenen Micrococcenmassen entsprächen den Befunden von Zuem und Weiss bei Lungenseuche. Die Thrombose der grösseren Lungenarterien habe sich auch in dem von Klebs beschriebenen Falle gefunden und sei wohl wie auch dort auf kleinzellige Infiltration der Gefässwandungen zurückzuführen. Mit dem von Klebs beschriebenen Falle gemeinschaftlich sei auch die Hämorrhagie; dieselbe könne, wie Klebs annimmt, durch Verstopfung der kleinsten Gefässe vom Hauptthrombus aus entstanden oder auch durch



Diapedese durch die erkrankten Gefässwandungen zu Stande gekommen sein. Abweichend von dem bisher beschriebenen anatomischen Verhalten der Lungenseuche sei die Anwesenheit der croupoesen Exsudate in den Alveolen, und müsse es dahingestellt bleiben, ob die Pneumonie als croupoese begann und durch fortgesetzte Einwirkung einer specifischen Ursache in die interstitielle Form überging, oder ob die interstitielle Form primär, der Croup secundär sei, oder ob beide gleichzeitig durch ein gemeinsames infectiöses Agens — Lungenseuchegift — bedingt seien. — W. zeigt dann noch, dass an dem Ort, in welchem die Kinder lebten, Lungenseuche unter dem Rindvieh sicher gleichzeitig mit dem Erkranken des zweiten, möglicherweise auch mit dem des ersten vorhanden gewesen sei. Für das erste Kind sei der Nachweis einer Einwirkung des Contagiums der Lungenseuche nicht zu führen; für das zweite Kind sei die Wahrscheinlichkeit, dass es Milch von einer an Lungenseuche, wenn auch nur leichter, erkrankten Kuh bekommen habe, als eine ziemlich beträchtliche zu erachten. Ob überhaupt die Milch mit der etwaigen Uebertragung auf den Menschen etwas zu schaffen habe, müsse dahingestellt bleiben. Ungar.

---

**Professor O. Leichtenstern, Die plötzlichen Todesfälle bei pleuritischen Exsudaten.** (Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. XXV. H. 4 u. 5. p. 325.)

Die schweren Ohnmachten und plötzlichen Todesfälle bei exsudativer Pleuritis werden nach Trousseau verursacht durch: 1. Verdrängung des Herzens, 2. Torsion der grossen Gefässstämme, 3. Thrombose der comprimirten Herz- und Gefässabschnitte. Bartels dagegen sucht das ursächliche Moment hauptsächlich in einer rechtwinkeligen Knickung der V. cava inf., wobei eine plötzliche Körperbewegung ausreiche, um Insufficienz des arteriellen Blutdrucks zu erzeugen. Diese in deutschen Lehrbüchern allgemein angenommene, aber unrichtige Theorie führte zu den weiteren Trugschlüssen, dass plötzlicher Tod fast nur bei linksseitigen Exsudaten vorkomme, und dass der circulationsstörende Einfluss grosser linksseitiger Exsudate bedeutender sei als der rechtsseitiger. — Als zum Mindesten wichtigere Ursachen wie die angeführten stellt L. folgende auf und belegt sie mit zahlreichen Fällen aus der Literatur, sowie einigen aus eigener Beobachtung:

A. Embolien der Pulmonalarterie, die ohne Weiteres den Tod erklären, und voluminöse Thromben im rechten Vorhof, rechten Ventrikel und in der Cava sup., bei denen man zur Motivirung des Todes eine plötzliche Lageveränderung der Gerinnsel und momentanen Verschluss der Blutbahn annehmen muss. Die Thromben entstehen durch Circulationsverlangsamung theils im rechten Herzen, von wo aus verschleppt sie Pulmonalisembolien erzeugen können, theils in den durch die Compression der Lunge blindsackig endigenden Pulmonalisästen. Da nun rechtsseitige Exsudate vorwiegend die Füllung des rechten Herzens, linksseitige aber die des linken verhindern, da ferner die ansaugende Kraft des linken Vorhofs, dessen Füllung in erster Linie abhängig ist von normaler Füllung des rechten Herzens, 14mal stärker ist als die des rechten Vorhofs (Goltz), so muss — entgegen der bisher geltenden Ansicht — die Circulationshemmung grösser sein bei rechts-



als bei linksseitigen Ergüssen. Den Beweis dafür erbringen die am Schluss angeführten Versuche und die Casuistik, nach welcher unter 52 Fällen von plötzlichem Tod oder schwerer Ohnmacht 31 rechtsseitige, 21 linksseitige Exsudate betrafen.

B. Plötzliche Todesfälle, apoplectiforme Anfälle haben zuweilen ihren Grund in Embolie einer Gehirnarterie oder deren Folgen, sei es, dass sich die primären Thromben in den Venenstämmen der comprimirten Lunge oder im l. Vorhof (besonders im Herzohr) bilden. Der Eintritt der Embolie (in A. und B.) wird bisweilen hervorgerufen durch plötzliche Körperbewegungen, sowie bei der Thoracocentese durch die plötzliche Erleichterung des Kreislaufs, welche die plötzliche Losreissung schon vorhandener Thromben begünstigen.

C. Ursache unbestimmt. Entweder sind die Sectionsbefunde bezüglich der Todesursache negativ, oder es finden sich hinreichende Todesursachen, wie fettige Degeneration des Herzens, Gehirn-Anaemie oder Oedem, Lungenoedem, ohne dass jedoch die Frage, wodurch diese Veränderungen plötzlich entstanden, oder wie sie nach längerem Bestehen plötzlichen Tod bewirkten, zu entscheiden wäre.

Unter D. werden einige andere als die erwähnten Ursachen aufgezählt, die in sehr vereinzelten Fällen vorkommen können.

Die angeführte Casuistik lehrt übrigens, dass der plötzliche Tod häufig das Resultat nicht Eines, sondern mehrerer gleichzeitig wirkender, länger bestehender (ursächichler) und plötzlich hinzutretender (occasioneller) Factoren ist. Bei der oft als Todesursache angeführten Hirnanaemie, zu welcher plötzliches Aufrichten aus der horizontalen Lage häufig die Gelegenheitsursache gibt, wirken noch andere Momente mit, wie leichte Erschöpfbarkeit des Centrums der Athmungs- und Herzinnervation und gleichzeitig des Herzmuskels und seiner Ganglien, allgemeine Blutarmuth und mangelhafte Füllung des l. Herzens. Alle Veranlassungen, welche, wie das plötzliche Auftreten aus der horizontalen Lage, die Blutzufuhr zum Herzen momentan unterbrechen, z. B. länger dauernde Hustenparoxysmen, Pressbewegungen beim Stuhlgang, plötzliche Lageveränderungen (Legen auf die gesunde Seite) können letale Anaemie des leicht erschöpfbaren Herzens und secundär des Gehirns herbeiführen. Es handelt sich hier also um Fälle von plötzlichem Herztod. L. weist ferner nach, dass der „Congestion pulmonaire und dem Lungenoedem, die besonders bei der Thoracocentese mit Aspiration auftreten, eine viel zu weit tragende Bedeutung als aetiologischen Momenten von französischen Autoren beigemessen wird. Das ohne Vornahme der Operation auftretende Lungenoedem sei nicht die Ursache des Todes, sondern der Effect der Agone; das in Folge der Operation auftretende Oedem aber sei die Folge der Durchlässigkeit der Gefässwandungen, welche (nach Cohnheim) abnorm gesteigert werde, wenn die Gefässe längere Zeit nicht vom Blute durchströmt worden seien. Die excessiv seltenen Fälle, in denen schwere Erscheinungen während, unmittelbar oder kurze Zeit nach der Thoracocentese mit Aspiration auftreten, erklärt L. aus der bereits vorhandenen Disposition zu Herzparalyse, welche durch die Operation beschleunigt werde, oder aus Gehirnanaemie. In den Fällen von plötzlichem Tod oder schwerer Ohnmacht während der Irrigation handle



es sich entweder um mechanischen Insult des erschöpften Herzens oder um Shock (Reflexparalyse des Gefässtonus mit consecutiver Hirnanaemie). Die wenngleich sehr seltenen derartigen Todesfälle ermahnen doch zu einer möglichst langsamen Aspiration bei der Thoracocentese, zur Anwendung eines geringen Druckes und warmer nicht zu concentrirter Lösungen bei der Irrigation. Gegen die Möglichkeit einer rechtwinkeligen Knickung der unteren Hohlvene (Bartels' Theorie) spricht zunächst die klinische Beobachtung, insofern selbst bei maximaler Verdrängung des Herzens nach rechts sehr oft die Symptome für eine solche Knickung, wie Stauungsleber, Ascites, Oedem des Beins, fehlen. Sodann wird durch die am Schluss angeführten Leichenversuche gezeigt, dass das Exsudat bei maximaler Verdrängung des Herzens nach rechts nur insoweit auf die Cava wirkt, als 1) die Venenwand in der Längsrichtung stärker gespannt wird, 2) die Vene etwas nach rechts geneigt verläuft, ohne „geknickt" zu werden, 3) die linke Venenwandung eine geringe spiralige Drehung von links hinten nach rechts vorne erfährt. Die Frage, ob plötzliche Körperbewegungen eine tödtliche Knickung der Cava inf. hervorrufen können, wird unter Hinweis auf die Casuistik und auf die mechanischen Verhältnisse verneint. Die Anordnung der an Leichen angestellten 6 Versuche ist in Kürze folgende: Bei geöffnetem Abdomen strömt unter constantem Druck durch einen Gummischlauch Wasser in die Zwerchfellöffnung der Cava inf. ein und fliesst durch eine Canüle, die in der V. jugularis dextra eingebunden ist, aus. Unter steigendem, manometrisch bestimmtem Druck wird nun durch einen dicken Troicart Wasser in eine der Pleurahöhlen geleitet, und bei verschiedenen Druckhöhen die Ausflussgeschwindigkeit der aus der Canüle strömenden Flüssigkeit bestimmt. Dieselbe nimmt erst erheblich ab bei einer Druckhöhe, die pathologisch nie vorkommt. In einem Versuch mit artificiellem hochgradigen, linksseitigen Exsudat, ist nach Resection einiger Rippen rechterseits der Situs der Thoraxeingeweide festgestellt worden. Die vorgefundene Lage- und Gestaltveränderung der unteren Hohlvene wurde bereits erörtert. Die Versuche dienen den oben aufgestellten Sätzen zur Stütze, dass 1) „grosse rechtsseitige Exsudate die Circulation durch die Hohlvenen und das rechte Herz weit mehr beeinträchtigen, als grosse linksseitige; 2) die Dislocation des Herzens nach rechts, wie sie bei pleuritischem Exsudat vorkommt, die Circulation durch die Cava inf. und den rechten Vorhof nicht oder nur wenig beeinträchtigen."

Stintzing (München).

---

**Munk, Zur Kenntniss der Bedeutung des Fettes und seiner Componenten für den Stoffwechsel.** (Virchow's Archiv, Bd. LXXX, Heft 1, Seite 10.

Fett in der Nahrung gereicht, ist bekanntlich in hohem Grade fähig, den Eiweissverbrauch des Körpers herabzusetzen. Es wird im Darm theils als Emulsion, theils in seine Componenten gespalten, resorbirt. Es muss hier die Frage aufgeworfen werden, welcher Resorptionsmethode der grössere Antheil zukommt, ferner, ob die abgespaltenen Fettsäuren als solche oder als Seifen resorbirt werden und welcher Werth ihnen für die Ernährung beizumessen ist. Verf. stellt



zunächst fest, dass die Fettsäuren wie die Fette leicht durch Serumalbumin — und $^1/_4$ % Sodalösungen emulgirbar sind, demnach durch den im Dünndarm befindlichen alkalischen eiweissreichen Inhalt emulgirt und so resorbirt werden können. Auf Grundlage dieser Beobachtungen wurden folgende Versuche angestellt: „Einem mit 800 grm Fleisch und 100 grm Fett täglich im Gleichgewicht der N-Ausscheidung erhaltenen (ohne Fettzusatz 1200 grm Fleisch bedürfenden) Hunde wird abwechselnd statt des Fettes einige Tage die in der gleichen Quantität Fett enthaltene Menge an Fettsäuren, dann wieder Fette u. s. w. gereicht. Die Untersuchung des Kothes und Harnes auf N-Gehalt ergiebt, dass die Stickstoffausscheidung nicht vermehrt ist, dass also die Fettsäuren die gleiche Ersparniss im Eiweissverbrauch bewirken, wie die aequivalente Fettmenge. Ein Controllversuch, bei welchem einem Hunde, der mit 100 grm Fett und 600 grm Fleisch im N-Gleichgewicht war, 21 Tag hindurch nur die aequivalente Menge Fettsäuren und die gleiche Menge Fleisch gegeben wurde, gab gleiches Resultat. Durch Untersuchung des Kothes so gefütterter Thiere wurde festgestellt, dass mit dem Kothe eine irgendwie erhebliche Menge der Fettsäure nicht abgeht, ebenso dass nur unerheblich mehr Seifen mit dem Koth entleert werden, als bei Fettfütterung. Welches ist das Schicksal der Fettsäuren bei der Resorption? Es wurde der Inhalt des ductus thoracicus bei Hunden, die mit Fettsäuren gefüttert waren, untersucht. Der Chylus solcher Thiere sieht ebenso milchweiss aus wie der mit Fett gefütterten Hunde. Die Fettsäuren wurden in Bouillon gegeben und dann der Chylus nach $1^1/_2$ Stunden, oder sie wurden mit der übrigen Nahrung verarbeitet und dann der Chylus nach 6 Stunden untersucht. Beide Kotharten ergaben übereinstimmend, dass nach Einführung von Fettsäuren eine erhebliche Steigerung des Fettgehaltes des Chylus zu constatiren ist, dass ferner sich im Chylus regelmässig auch freie Fettsäuren finden, dass endlich der Seifengehalt des Chylus nicht erheblicher ist, als bei Eiweissverdauung, die Fettsäuren vorwiegend als solche in emulgirter Form, nicht als Seifen zur Resorption gelangen. Der hohe Fettgehalt des Chylus kann nur erklärt werden aus einer Umwandlung der Fettsäuren auf dem Wege vom Darm zum ductus thoracicus auf synthetischem Wege zu Fetten. Ueber den Ort dieser Synthese ist nichts bekannt, ebenso wenig über die Herkunft des nöthigen Glycerins. Für die Fettresorption dürfte aus den Versuchen hervorgehen, dass auch im Darm die Spaltung der Fette in ihre Componenten nicht mit Verseifung der Fettsäuren einhergeht, sondern mit Emulgirung derselben. Schliesslich führt der Verf. noch aus, dass er im Verein mit anderen Forschern auf seinen schon früher mitgetheilten Anschauungen über die physiologische Bedeutung des Glycerins beharrt, dass dasselbe weit davon entfernt ist, ein Nährstoff nach Art der Kohlehydrate und Fette zu sein. Ribbert.

---

**W. F. Sigrist, Ueber den Einfluss des Elektrisirens der Leber auf die Harnstoffausscheidung.** (St. Petersburger med. Wochenschr. Nr. 12. 1880.)

Nach kurzer Hervorhebung der auf das Verhältniss zwischen Leber und Harnstoff bezüglichen klinischen und experimentellen Er-



gebnisse, theilt S. 7 Versuchsreihen von theils Faradisation, theils Galvanisation der Leber mit. „Ausgehend von dem Gedanken, dass eine leichte Reizung der Leber mit nachfolgender Hyperämie alle ihre Funktionen erhöhen muss, also auch die Harnstoffausscheidung, wenn letztere wirklich zu den Funktionen der Leber gehört", reizte S. nach mehreren Controlltagen, bei constanter Diät, täglich einmal die Leber 15 Minuten lang zu einer streng festgesetzten Stunde unter möglichster Vermeidung von Bauchmuskel-Contraktionen. Das constante Resultat war eine beträchtliche Vermehrung der täglichen Harnstoffausscheidung (Bestimmung nach J. Liebig). In allen Fällen stieg zugleich die Anzahl der rothen Blutkörperchen nach dem Elektrisiren bedeutend. Um möglichen Einwendungen zuvorzukommen, reizte S. in derselben Weise die Wirbelsäule; die Harnstoffmenge zeigte sich etwas verringert; die Faradisation der Bauchpresse und der Milz ergab nur eine ganz unbedeutende Vermehrung des Harnstoffs. E. Bardenhewer.

---

**M. Vulpian, Sur quelques altérations des capsules surrénales.** (Ueber einige Veränderungen der Nebennieren.) Comptes rend. t. 90 Nr. 14 p. 828 u. 829.)

Der Autor findet in Verfolgung einer älteren Beobachtung, wonach bei den meisten obducirten Geisteskranken die Marksubstanz der Nebennieren mehr oder weniger erweicht gefunden wurde, dass die meisten über 40 Jahre alten Leichen eine derartige Erweichung zeigen, ganz unabhängig von der Todesursache. Bei jüngeren Individuen wurde das Organ fast stets normal gefunden. B. hielt die Erweichung für ein Leichenphänomen, meint aber, es müsse mit den Jahren die Markmasse eine Veränderung erleiden, welche sie zur cadaverösen Erweichung mehr disponire. N. Zuntz.

---

**M. Duguet, Les taches bleues; leur production artificielle.** Die blauen Flecke; ihre künstliche Erzeugung. (Gazette des hôpitaux, Nr. 46. 1880.)

In den annales de dermatologie et de syphiligraphie, IX, 3. p. 198. 1877—1878 wies M. J. Moursou nach, dass die sog. taches bleues (t. ombrées, t. ardoisées), welche man bisher für ein nicht-konstantes Symptom typhöser Fieber u. s. w. zu halten geneigt war, bei allen möglichen Krankheiten vorkämen, und dass bei allen davon Befallenen sich Filzläuse (pediculi pubis, phthirii inguinales) fänden. Schon vor Jahren hatte D. dieselbe Beobachtung gemacht. Da seine Pat. meistens junge Männer waren, fand er die Flecke hauptsächlich bei Krätz-, Tripper- und Syphiliskranken. In der Voraussetzung, dass die pediculi irgend eine Substanz in die Haut einführen, welche die Flecke verursache, zerstiess D. 25 pediculi, fügte einige Tropfen Wasser zu und impfte mit dieser Masse. Am folgenden Tage, in anderen Versuchen schon nach 6 Stunden, hatten sich an den Impfstellen die charakteristischen taches ausgebildet; sie unterschieden sich von den natürlichen nur durch das Vorhandensein eines schwarzen Punktes in der Mitte; die pediculi bringen eben das Gift in viel feinerer Weise in die Haut. Einfache Lanzettstiche brachten nur eine kleine Papel mit einem schwarzen Punkte in der Mitte, die Folgen der Verwundung,





hervor. Ausserdem konnte D. in mehreren Fällen das Auftreten der taches bleues konstatiren an Stellen, wo er Tags zuvor einen pediculus gesehen, und welche Stelle er durch Umgebung mit einem Höllensteinstreifen begrenzt hatte. Einige Personen sind immun; weder die pediculi selbst noch die Impfung brachten bei ihnen die Flecke hervor. Dass man dieselben früher fast ausschliesslich bei typhösem Fieber und bei gastrischen Zuständen gesehen, dass er sie hauptsächlich bei Tripper- u. s. w. Kranken gefunden, erklärt D. daraus, dass man bei diesen Kranken den Unterleib mit besonderer Sorgfalt untersuche. Irgend eine diagnostische oder prognostische Bedeutung kommt den taches bleues eben so wenig zu wie den Flohstichen.

E. Bardenhewer.

---

**Dr. Frédet, De l'Epistaxis grave.** Ueber schwere Epistaxis. (L'Union médicale Nr. 36. 1880.)

Im Februar 1878 wurden verschiedene Menschen in derselben Woche von schwerer Epistaxis befallen. Frédet beschreibt folgende drei Beobachtungen. 1) Anaemischer Mensch von 55 Jahren; Spuren von Zucker und Eiweiss im Harn; bekommt plötzlich eine so schwere Epistaxis, dass in ungefähr 25 Minuten beinahe 1 Liter Blut verloren wurde. Er ist blass, Extremitäten kalt, grosse Neigung zu Ohnmachten. Sofort wurde tamponirt. 48 Stunden nachher tritt die Blutung wieder auf, aber schwach, da das Blut sich einen Weg bahnte zwischen dem Tampon und der Nasenschleimhaut. Aufs Neue wurde tamponirt, 48 Stunden darnach wiederholt, dann jeden Tag. Am Ende der zweiten Woche wurden die Tampons weggelassen. Jede Nacht hatte Pat. Anfälle von Hitze im Gesicht und Schwitzen. In der Stadt herrschten Febris intermittens und einige periodische Neuralgien. — 2) Kräftiger junger Mann bekommt plötzlich eine so starke Epistaxis, als ob eine Arterie geöffnet wäre. Zwei Jahre vorher hatte er ohne bekannte Ursache eine Blutung in der Retina bekommen. Bei beiden Kranken wird nichts am Herzen oder an der Leber gefunden. Trotz der Anwendung von Tampons mit ferr. chlor. getränkt, wiederholte sich die Blutung während zwei Tagen alle 3 Stunden. Chinin, Ergotin, Ferr. chlor. u. s. w. werden angewandt. Patient ist wachsbleich, die Extremitäten oedematös, kalt. Es werden Injectionen von Ergotin in der Nähe der Nase gemacht. Die neuen Tampons sind gepudert mit Colophon, Alaun oder Tannin. Wenn sie weggenommen werden, wird die Nase mit verdünntem Ferr. chlor. ausgespritzt. Erst nach dreizehn Tagen steht die Blutung. Später ganz geheilt. — 3) Fortgeschrittene Phthisis. Pat. bekommt ebenfalls plötzlich eine Epistaxis, wird äusserst schwach. Die Tamponade der vorderen Nasenhöhlen hilft nicht, desshalb auch die hinteren geschlossen. Einige Tage nachher stirbt Pat.

Im ersten Falle wurde die Tamponade mit der Bellocq'schen Sonde gemacht, und mussten die Tampons alle 24 Stunden entfernt werden, da sie als Fremdkörper wirkend eine Rhinitis acuta verursachten. Weiter schnitten die Fäden im Palatum molle bei Schluckbewegungen ein, wesshalb man davon absehen mnsste. Im zweiten Falle meint F. die Blutung nicht gleich haben sistiren zu dürfen, aus Furcht vor einer Blutung in ein inneres und wichtigeres Organ. Führt die Beispiele von



**Sorre, Cazalis, Portal** u. s. w. an, wo tamponirt wurde und die Patienten an einer Apoplexie zu Grunde gingen. Obgleich die Tampons nach allen Regeln der Kunst applicirt waren, hörte die Blutung doch nicht auf. — Die ersten Tampons muss man nicht länger als 48 Stunden liegen lassen, die späteren nur 24 Stunden, weil sie dann die Oeffnungen nicht mehr schliessen. Die Tampons können durch die Instrumente von Martin Saint-Auge und von Gariel verfangen werden. (Siehe das Original.)

Aus allem diesem zieht F. folgende Schlüsse. 1) Manche Nasenblutungen muss man unmittelbar stillen: bei Anaemischen und auch bei starken Menschen, wenn der Blutverlust gross wird und man für das Leben fürchten muss. 2) Epistaxis können zuweilen unter einem miasmatischen Einfluss (Malaria) entstehen. Sie treten regelmässig auf mit Wärme, Schwitzen u. s. w. Gegen diese seien die Chininsalze anzuwenden. 3) Sowohl die vordere als hintere Nasenöffnung müssen tamponirt werden. Die hinteren Tampons müssen conische Form haben, um die Oeffnung besser zu schliessen. 4) Müssen die Tampons alle 48 Stunden erneuert werden, später alle 24 Stunden, wenn die Epistaxis anhält. 5) Die Tampons verursachen eine Rhinitis, welche günstig ist für das Aufhören der Blutung, doch muss man dieselbe sorgfältig überwachen. 6) Wird die Tamponade unerträglich für den Patienten, so wird man gut thun, den Pelottentampon von Gariel anzuwenden. Roux.

---

**N. Sassezky, Ueber den Einfluss erhöhter und herabgesetzter Temperatur auf die Resorption an der Stelle einer subkutanen Injektion.** (St. Petersburger medic. Wochenschr. Nr. 15. 1880.)

S. machte auf Manassein's Klinik bei Kranken mit normaler Temperatur oder bei Gesunden subkutane Injektionen von Arzneimitteln, nachdem er die Stelle der Injektion das eine Mal mittelst einer mit heissem Wasser befeuchteten Compresse auf 39—40° C. erwärmt, das andere Mal, einige Tage später, dieselbe Hautstelle auf 12° C. abgekühlt hatte. Die Wirkung des Morphium, Sinken des Tastempfindungsvermögens an der Injektionsstelle, und des Pilocarpin, Speichelfluss, trat in letzterem Falle 3 Minuten später ein als im ersteren; gelbes Blutlaugensalz wurde in letzterem Falle 4, Jodkali 11 Minuten später im Harn nachgewiesen als im ersteren. E. Bardenhewer.

---

**Terrillon, De l'anesthésie locale par le bromure d'éthyle.** (Locale Anästhesirung durch Aethylbromür.) (Bull. gén. d. thérapeutique méd. et. chir. 49. Jahrg. 1880. Bd. XCVIII. S. 300—304 und 331.)

Die Methode der localen Anästhesirung durch Zerstäubung eines flüchtigen Liquidums, wie dieselbe seit Richardson geübt wird, hat ein wechselndes Geschick gehabt. Man hat die verschiedensten Stoffe zu dem beabsichtigten Zweck versucht und benutzt, mit grösserem oder geringerem Erfolge, gewisse Inconvenienzen besitzen die bis jetzt gebrauchten Substanzen sämmtlich. Der wesentlichste Uebelstand, der bei der localen Anästhesirung auf dem angegebenen Wege sich geltend macht, ist die leichte Brennbarkeit der bis jetzt benutzten Körper. Eine brennende Kerze, ein Zündhölzchen oder dem Aehnliches haben,



aus Unachtsamkeit in die Nähe des Operationsfeldes gebracht, durch die plötzliche Entzündung der zerstäubten Flüssigkeiten oder deren Dämpfe die bedenklichsten Zufälle herbeigeführt. Ausserdem macht die Leichtentzündlichkeit die gleichzeitige Anwendung solcher Apparate unmöglich, die hauptsächlich durch den hohen, von ihnen gelieferten Hitzegrad wirken, also z. B. der Thermokautere. — Terrillon hat nun im Aethylbromür ein Mittel gefunden, welches hinsichtlich seiner anästhesirenden Kraft den bis jetzt angewandten Mitteln sich an die Seite stellt, vor ihnen aber den Vorzug besitzt, nicht brennbar zu sein. — Das Aethylbromür ist ein Fluidum von ziemlich hohem specifischem Gewichte, 1,40 (Lowig), sehr flüchtig, siedet bei 40,7 und besitzt einen ätherartigen Geruch. Sein Geschmack, süsslich und unangenehm im Anfang, wird auch brennend. Das Aethylbromür reagirt neutral, seine chemische Reindarstellung ist ohne wesentliche Schwierigkeiten und das Präparat leicht zu conserviren, da es sich nur schwierig zersetzt. Brennbar ist das Aethylbromür nicht, ein in dasselbe geworfenes oder darüber, also innerhalb der aufsteigenden Dämpfe gehaltenes Zündhölzchen erlischt. Leicht brennbare Körper, mit Aethylbromür getränkt, brennen schwieriger. Mit einem Richardson'schen Apparate zerstäubt auf die Kugel eines Thermometers applicirt, liess das Aethybromür die Quecksilbersäule rasch auf — 14 bis — 15° hinabgehen. Dabei bildete sich keine Eisdecke auf der Kugel, wie man dieses z. B. beim Aether beobachtet. Vergleichende Versuche ergaben Terrillon, dass die Herabsetzung der Temperatur durch Aethylbromür schneller vollzogen werde, wie mit Aether, sowie ferner, dass weniger Material dazu nothwendig sei. T. macht darauf aufmerksam, dass man sich eines Zerstäubungsapparates mit etwas weiter Oeffnung bedienen müsse, um den gewöhnlichen Effect zu erzielen. Er selbst habe bei Anwendung einer zu feinen Tubulirung nicht den genügenden Erfolg gesehen. Unter dem Einflusse des zerstäubten Aethylbromürs bemerken die Kranken zuerst das locale Kältegefühl, dann Stiche, jedoch sollen beide Sensationen nicht wesentlich unangenehm sein. Die weiteren Erscheinungen an der zu anästhesirenden Stelle sowie die nachfolgenden operativen Eingriffe bieten nichts von der früheren Methode Abweichendes dar. T. anästhesirt, wenn es sich um Abtragung gestielter Wucherungen handelt, den Stiel selbst, seine Patienten zogen den geringen Schmerz, der bei der, auf diese Weise natürlich nicht vollkommen herstellbaren, Anästhesirung noch übrig bleibt, der schmerzlosen Operation in der Chloroformnarkose vor. Endlich aber ist es nach T.'s eigenen Erfahrungen möglich, innerhalb des Zerstäubungskegels mit dem Thermokauter zu manipuliren. Er hat in dieser Weise mehrere tiefe oder oberflächliche Abscesse geöffnet, es bedarf nur einer mässigen Erhöhung der Temperatur des Thermokauters über das sonst übliche Mass hinaus, damit derselbe nicht unwirksam werde. — In der Sitzung vom 17. März 1880 der Société de Chirurgie theilt T. einen Fall mit, bei dem gleichfalls Aethylbromür benutzt wurde, ohne dass irgend welcher Schmerz oder das, die Aetherwirkung begleitende, stechende Gefühl wahrgenommen worden sei. Périer bestätigt T.'s Angaben, betont namentlich die Möglichkeit, gleich nach der Anästhisirung kauterisiren zu können. Championnière theilt mit, dass das



Alkoholbromür in Amerika bereits und zwar zur Narkotisirung benutzt worden sei, besonders von Levis in New-York, der dasselbe statt Aether angewandt habe. Man brauche weniger und das, nach Aether oder Chloroform beobachtete Erbrechen trete seltener auf. Levis theile einen Amputationsfall mit, der unter Aethylbromürnarkose ausgeführt sei. Das Erwachen aus der Narkose scheine leicht zu sein.

Schulz.

---

**B. Mawer, Poisoning by Digitalis.** (Vergiftung durch Digitalis.) (Lancet 1880. Vol. I. Nr. 5. S. 166.)

Eine verheirathete Frau, 34 Jahre alt, nervös und etwas anämisch, hatte gegen Palpitationen und andere hysterische Symptome Homolle'sche Digitalispillen erhalten, mit der Verordnung, täglich 2—3 Pillen zu verbrauchen. Jede derselben enthielt 1 Milligramm des Alkaloides. — Die Patientin nahm, ihrem eigenen Gutdünken folgend, am 25. April gegen 3 Uhr Nachmittags 56 dieser Pillen auf einmal. Gleich darauf ging sie aus und kehrte nach etwa einer Stunde zu Fusse nach Hause zurück. Ausser einem bitteren Geschmack im Munde spürte sie bis dahin keinerlei Inconvenienzen. Um 6 Uhr zeigte sich Schwindelgefühl und Brechneigung. Patientin legte sich zu Bett, es trat wiederholtes Erbrechen auf, zugleich klagte sie Schmerzen im Magen. Puls 65, Temperatur normal, die Stirn bedeckte sich mit Schweiss. Um 7 Uhr Abends sah sie der Arzt, derselbe verordnete Tartarus emeticus und Natrum sulfuricum in Wasser gelöst. Glücklicherweise nahm die Pat. nur 2 Löffel voll dieser depressiv wirkenden Medicin, übrigens behielt sie auch diese nicht bei sich, da das Erbrechen fortgesetzt andauerte. Um 8½ Uhr bekam sie Potio Riveri und ein ätherisches Analepticum mit demselben negativen Erfolg. Die Gesichtszüge veränderten sich, die Pupillen wurden weit, die Leibschmerzen nahmen zu, die Extremitäten wurden kalt. Pat. klagte starke Oppression in der Präcordialgegend, der Puls wurde weich, unregelmässig, 48 Schläge in der Minute, dabei wurde die Athmung ungenügend mit tiefen prolongirten Inspirationen. — Um 11 Uhr Abends sah Mawer die Pat. zuerst und fand sie in dem eben geschilderten Zustande vor. M. verordnete das wiederholte Verschlucken von Eispillen, einer starken, in Eis gekühlten Aufguss von Kaffee, Sinapismen auf den Magen, die Schenkel und die Herzgegend; zugleich liess er den Körper mit Warmflaschen umgeben und befahl andauernde Rückenlage mit Vermeidung jeglicher Bewegung. Jede halbe Stunde liess M. einen Theelöffel voll Cognac in Kaffee geben, ausserdem verordnete er ein erregendes Mittel aus Aethersyrup (Syrup of ether Pharm. Britt.), Liq. ammonii und Aq. cinnamomi, häufig vorgehaltenes Riechsalz gewährte der Patientin wesentliche Erleichterung. — Beim Besuche am folgenden Morgen erfuhr M. von dem Wärter, welcher während der Nacht anwesend gewesen war, dass Patientin nicht geschlafen hatte, da das Erbrechen sich stündlich wiederholte. Die Körpertemperatur hatte nur durch fortgesetzte künstliche Erwärmung auf der normalen Höhe erhalten werden können. M. fand die Patientin sehr hinfällig, den Puls schwach und intermittirend, 44 Schläge in der Minute, die Respiration seufzend, das Gesicht blass, die Pupillen noch erweitert, aber das Sensorium



durchaus unbenommen. Stuhlgang war nicht eingetreten, dagegen sehr starke Urinentleerung. Da bei dem fortdauernden Reizzustande des Magens die Einführung von Medicamenten oder Nahrung unthunlich erschien, so verordnete M. eine Infusion von Radix Serpentariae und Liquor Ammonii zu gleichen Theilen mit Fleischthee 2stündlich im Clysma zu geben, unter Beibehaltung des Gebrauches der Eispillen und des Cognacs. Da die Patientin sehr über den starken Druck in der Herzgegend klagte, liess M. mit Rum angefeuchtete Tücher auf Brust und Abdomen appliciren. Bei der zweiten Visite, gegen Mittag, fand M. die Patientin noch schwächer, die Temperatur musste andauernd künstlich auf ihrer Höhe erhalten werden, die Haut war livide, unelastisch wie bei der Cholera, die Respiration prolongirt und seufzend, Pupillen weit, Puls 42, sehr weich und unregelmässig, nach jedem 2. oder 3. Schlage aussetzend, Sensorium frei. Da das Erbrechen seltener geworden, verordnete M. starken Fleischthee mit Limonensaft, theelöffelweise in gewissen Intervallen zu nehmen, unter Beibehaltung der vorher angedeuteten Medikation. Um 5 Uhr Abends fand M. entschiedene Besserung, das Erbrechen hatte aufgehört, der Puls war zwar noch weich und aussetzend, zeigte aber 52 Schläge in der Minute. Den Fleischthee, sowie den Kaffee mit Cognac hatte Patientin bei sich behalten, M. ordinirte ausserdem noch 2 Gran Moschus pro Stunde. Gegen Mitternacht war der Puls auf 62 gestiegen, nach je 4 Schlägen einmal aussetzend, die Patientin konnte etwas schlafen. Am 27. April Morgens 5 Uhr Puls 62, noch weich, nach jedem 5. Schlage aussetzend. Allgemeingefühl gehoben, Aussehen besser und sehr verringerte Oppression. Bei den folgenden Besuchen constatirte M. zunehmende Besserung, am 29. April zeigte der Puls 66—78 Schläge. Das Befinden nahm von da ab stetig zu und endigte mit völliger Besserung, der nur noch eine geringe Urticariaeruption vorausging, die M. als möglicherweise durch den Moschusgebrauch herbeigeführt betrachtet.

Schulz.

---

**Lewis, Schwefelsaures Atropin bei Morphiumvergiftung.** (Aerztl. Intellig.-Blatt. 1880. N. 13. Aus: Medizin. Neuigk. f. prakt. Aerzte. 30. Jahrg. 1880. Nr. 16 S. 128.)

Lewis berichtet drei Fälle von äusserst schwerer Morphiumvergiftung, bei denen das schwefelsaure Atropin mit Erfolg benutzt wurde. In einem Falle war aus Versehen ein halber Esslöffel mit schwefelsaurem Morphium genommen, und es wurden, mit 0,005 beginnend, später auf Einzeldosen von 0,009 steigend, im Verlauf von 6 Stunden 0,076 schwefelsaures Atropin subcutan injicirt. Nach 14stündigem Koma trat Erholung und bald völlige Genesung ein. In einem zweiten Falle wurde mehr als 0,1 im Laufe einer Nacht injicirt. Lewis erwähnt die gleich günstigen Erfahrungen Johnson's in Shanghai, der diese Behandlungsweise in 300 Fällen von Opiumvergiftung erprobt hat. Letzterer injicirt bei schweren Fällen sogar Einzeldosen von 0,03 schwefelsauren Atropins. Schulz.

---



**Dr. Boissarie, Note sur l'Ergotine, ses inconvénients et ses dangers.** Kurze Bemerkung über das Ergotin, seine Nachtheile und Gefahren. (L'Union médicale Nr. 42. 1880.)

Das Ergotin kann man selbst in kleinen Dosen nicht längere Zeit fortgesetzt nehmen lassen. Es habe eine cumulative Wirkung, und hat nach kürzerer oder längerer Zeit Gangrän zur Folge. Folgt die Beobachtung einer spontanen Gangräna Pulmonum. Roux.

---

**F. C. E. van Embden** en **J. A. Roorda Smit, Bydrage tot de kennis van de werking van Pelletiérin als Taenifugium.** Beitrag zur Kenntniss der Wirkung des Pelletiérin als Taenifugium. (Nederlandsch Tydschrift von Geneeskunde Nr. 36. 1880.)

Mit dem von Tarnet aus dem Cortex Granati gewonnenen Alcaloid, Pelletiérin genannt (Comptes rendus T. LXXXVI, 20. Mai 1878) wurde folgender Versuch zur Abtreibung einer Taenia solium gemacht. In $10^1/_2$ Stunden wurde 0,3081 eingenommen. Abends $8^1/_2$ war die letzte Quantität genommen. Den nächsten Tag gingen einige Proglottiden ab. Sechs Tage nachher morgens 9 Uhr, nachdem kein Frühstück genommen, nur eine Tasse Thee getrunken war, 0,3421 des salzsauren Pelletiérin (in der 10fachen Quantität absoluten Alcohols gelöst) genommen und eine Stunde darnach 9 gr Oleum Ricini. 12 Uhr geht die Taenia ab. Da die Quantität Ol. Ricini keine genügende Wirkung hatte, musste die Taenia vorsichtig abgewickelt werden, so dass um 1 Uhr die Taenia mit dem Scolex entfernt war. Ausgenommen einen kurz dauernden Schwindel, hatte Patient während der Cur nichts Unangenehmes verspürt. Von dem salzsauren Salze würde 0,3—0,4 gr auf einmal nothwendig sein, während 0,3 gr in 10 Stunden genommen, beinahe keine Wirkung hatte. Roux.

---

**S. Klikowitsch, Ueber die therapeutische Wirkung des Stickoxyduls in einigen Krankheiten.** Vorläufige Mittheilung. (St. Petersburger medic. Wochenschr. Nr. 15. 1880.)

Nachdem P. Bert im Jahre 1878 durch Verdichtung eines Gemenges von Stickstoffoxydul mit einem zur Athmung genügenden Quantum Sauerstoff, die Aufgabe gelöst hat, die Stickstoffoxydulnarkose auch bei Operationen von längerer Dauer und ohne Gefahr der Asphyxie benutzen zu können, hat S. auf Botkin's Klinik dieses Gas mit Erfolg bei inneren Krankheiten angewendet. Er benutzte ein Gemenge von 4 Theilen Stickstoffoxydul und 1 Theil Sauerstoff. In mehreren Fällen von angina pectoris wurde nach 5—10 Inhalationen eine Abkürzung und bedeutende Erleichterung der Anfälle beobachtet; in Anfällen von Stenokardie bei Aorta-Insufficienz, welche durch Coffein und Chloroform nicht erleichtert wurden, trat nach 5—6 Inhalationen Schlaf ein, welcher 1—2 Stunden anhielt. Ebenso wirkten die Inhala-



tionen günstig in einem Falle von Asthma bronchiale, in einem Falle von Aorten-Aneurysma mit qualvollen reflektorischen Husten-Paroxysmen, und bei Phthisischen durch Verminderung des Husten und Hervorbringung von Schlaf. In anderen Fällen erwies sich das Stickstoffoxydul als unwirksam; doch wurde niemals eine Verschlimmerung konstatirt. E. Bardenhewer.

---

**Dr. Otto Soltmann, Arsenik und Propylamin gegen Chorea minor.** (Breslauer ärztliche Zeitschrift. 1880. Nr. 8.)

Während manche Fälle von Chorea leicht oder sogar spontan heilen, dauern andere, namentlich wenn die Aetiologie nicht zu eruiren ist, trotz mannichfaltigster therapeutischer Versuche fort. Gegen solche werden oben genannte Mittel als Specifica empfohlen. Arsenik, von Vielen früher gebraucht, ist in der Neuzeit von Ziemssen, Eulenburg und Steiner gelobt. Ersterer schreibt die von manchen erfahrenen Nichterfolge der Anwendung zu kleiner Dosen zu. Verf. ist deshalb von der Steiner'schen Vorschrift abgekommen und gibt jetzt gewöhnlich Sol. Ars. Fowl. c. aq. aa. 7,5 3 mal tgl. 4—6 Tropfen. In 16—21 Tagen durchschnittlich hat er vollständige Heilung erzielt. Eulenburg's und Smith's Vorschrift der subcutanen Injection hat Soltmann der grossen Schmerzhaftigkeit wegen nicht befolgt. Zuweilen hat er Abends 0,5—1,0 Chloralhydrat gegeben. Gastrische Erscheinungen konnte er nicht erfahren, sah im Gegentheil gerade bei anämischen Kindern eine ausserordentliche Vertragsfähigkeit. Gegen Hyperästhesie der Magenschleimhaut empfiehlt sich die Beigabe des Chloralhydrats. Bei veralteten Fällen entfaltet Arsenik seine Wirksamkeit so gut wie bei frischen. — Propylamin als Specificum gegen acuten Gelenkrheumatismus gepriesen, ist von Pürkhauer wegen der „urgirten Verwandtschaft zwischen Rheumatismus und Chorea“ gegen letztere angewandt. Die Wirkung sei frappant und prompt gewesen (in 6 Fällen Heilung in $6^1/_2$ resp. $3^1/_2$ Tagen). In der Mehrzahl der P.'schen Fälle scheint Rheumatismus vorausgegangen zu sein. Die befallenen Kinder waren anämisch. P. meint, durch beide Umstände sei die Controle der motorischen Apparate geschwächt, und erklärt die Wirkung des Propylamins durch Erregung nervöser Centren. Soltmann findet in den experimentellen Untersuchungen an Thieren (Hamdy, Laborde, Gäthgens, Bourdel) keine Bestätigung einer solchen Annahme. Eigene Versuche an Thieren ergaben ihm: allmähliche Steigerung des Blutdrucks, Verlangsamung und Vertiefung der Respiration, Verlangsamung und Irregularität des Herzschlags. (Injection von 5,0 Propylamin in die v. jugul. kräftiger Hunde). Bei 11 Fällen von Chorea hat Soltmann das Präparat angewandt. Bei zweien war der Erkrankung Rheumatismus vorausgegangen. Bei den übrigen psychische etc. Einflüsse; Kinder zwischen 6 und 14 Jahren mehr oder weniger anämisch. Nicht in einem einzigen Falle hat Soltmann auch nur irgend einen nennenswerthen Erfolg gesehen. In 3 Fällen musste schon am dritten Tage das Mittel weggelassen werden wgen störender Nebenwirkungen (Erbrechen, Kolik, Durchfall, heftige

Erregtheit); welche Fälle nachher in 14—18 Tagen durch Arsenik geheilt wurden. Aehnliche Erfahrungen machten Hamdy und Dujardin-Beaumetz. Präparate aus verschiedenen Fabriken bezogen wirkten gleich. Ausser den störenden Nebenwirkungen muss der verschiedene Gehalt verschiedener Präparate zu grosser Vorsicht mahnen. Für die Aufnahme in unsere Pharmacopoe schlägt S. die Normirung des Gehaltes vor. Die Fixirung eines solchen ist Vorbedingung für die weitere Untersuchung des pharmakodynamischen Werthes. Finkler.

## Neue Bücher.

Bennet, La mediterranée, la rivière de Gênes et Menton, comme climats d'hiver et de printemps. Paris, Asselin & Comp. 7 frs.

Bulletin, de la societé de médecine publique et d'hygiène professionelle II. 1879. Paris, Masson. 12 frs.

Busch, Belastungsdeformitäten der Gelenke. Berlin. Hirschwald. 1 M. 60 Pf.

Düring, Ursache und Heilung der Diabetes mellitus. Hannover, Schmorl & Seefeld. 3 Mark.

Gad, Ueber Apnoë und über die in der Lehre von der Regulirung der Athemthätigkeit angewandte Terminologie. Würzburg, Stahel'sche Buchhandlung. 1 Mark 20 Pf.

Nélaton, Des epanchements de sang dans les plèvres consécutifs aux traumatismes. Paris, Masson. 3 frs.

Nussbaum, Die Verletzungen des Unterleibs. Mit 31 Holzschnitten. (Deutsche Chirurgie 44.) Stuttgart, Enke. 4 Mark.

Péan, Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin. Paris, Delahaye & Comp.

Raab, Die Stoerk'sche Blennarrhoe der Respirationsschleimhaut. Stuttgart, Enke. 80 Pf.

Reboul, Etude sur les éruptions arsénicales. Lyon, Pitrât aîné.

Riol, Etudes critiques et cliniques de la délivrance par expression. Paris, Masson. 2 frs. 50 ctms.

Second, Des abcés chauds de la prostate et du phlegmon périprostatique. Paris, Masson. 6 frs.

Servajan, Des eaux minérales de Saint-Alban au point de vue clinique et des diverses méthodes de traitement par l'alcide carbonique. Paris, Masson. 1 frs.

Thanhoeffer, Das Microscop und seine Anwendung; Leitfaden für Aerzte und Studirende. Stuttgart, Enke. 6 Mark.

Vogel, Lehrbuch der Kinderkrankheiten. Mit 6 Tafeln. 8. Aufl. Stuttgart, Enke. 12 Mark.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.



Erscheint wöchentlich.
Jeder Jahrgang umfasst
52 Bogen nebst Titel
und Register.

# Centralblatt
für
# KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M.,
zu beziehen durch alle
Buchhandlungen und
Postanstalten.

Redigirt von

**Dr. H. Rühle,** Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

**Dr. D. Finkler,** Privatdocent und Assistent an der medicin. Klinik in Bonn.

**1880.** **8. Mai.** **Nro. 11.**

**Inhalt.** Original: I. **Kohlmann**, Vergiftung durch Oleanderblätter bei Thieren. — Referate: 1. **Tommasi-Crudeli**, Der Bacillus Malariae im Erdboden von Selinunte und Campobello. — 2. **Klebs**, Der Ileotyphus, eine Schistomycose. — 3. **Treub**, Scharlachepidemie in einer chirurgischen Krankenabtheilung. — 4. **Charcot**, Sclérose latérale amyotrophique. — Autonomie et caractère spasmodique de cette affection. Resumé par E. Brissaud. — 5. **Charcot**, Séméiologie generale des degenerations secondaires du faisceau pyramidal. — 6. **Willich**, Zur Lehre von den meningitischen Erscheinungen bei croupöser Pneumonie. — 7. **Rossbach**, Zur Lehre vom Keuchhusten. — 8. **Rheder**, Die subpleuralen Ecchymosen beim Erstickungstode. — 9. **Lesser**, Zur Beurtheilung des diagnostischen Werthes der Strangmarke in Bezug auf die Frage: ist das Erhängen intra vitam oder post mortem erfolgt? — 10. **Lauderer**, Angeborene Stenose des Pylorus. — 11. **Wagner**, Beiträge zur Kenntniss des acuten Morbus Brightii. — 12. Hydrobromic Ether as an Anaesthetic. — 13. **Braun**, Grimault's „Indische Cigarretten aus Cannabis indica". — 14. **Dépierre** u. **Cloiit**, Ueber chinesische Arzneimittel. — 15. **Schreiter**, Ein der Fehling'schen Lösung analoges Reagens auf Zucker. — 16. **Moncorvo & da Sylva Aranjo**, Sur le traitement de l'éléphantiasis des Arabes par l'emploi simultané des courants continus et des courants intermittents.

## I. Vergiftung durch Oleanderblätter bei Thieren.

Von
**Dr. Kohlmann,**
Kr.-Physikus in Remagen.

Nerium Oleander ist zwar schon aus alter Zeit als giftig erwiesen. Die Sorglosigkeit aber, womit man diese Zierpflanze in unsern Häusern und Gärten behandelt, zeigt zur Genüge, dass Laien und Aerzte ihren giftigen Charakter vielfach nicht kennen. Es mag darum folgender Fall als weiterer Beitrag zu dem schon bisher in der Literatur niedergelegten Material nicht ohne Interesse sein.

Im März d. J. wurden die erfrorenen Blätter von zwei Oleanderbäumen abgeschnitten und trieben dann durch den Wind auf den Futterhaufen für eine Kuh und zwei Ziegen. Um 11 Uhr Morgens wurde von dem Eigenthümer der Thiere selbst das tägliche Futter von dem gen. Haufen den bisher vollständig gesunden Thieren gebracht. Gegen 12 Uhr bemerkte der Mann, dass die Kuh und eine Ziege nicht mehr fressen wollten. Der Leib trieb sich trommelartig auf, der Kopf wurde



bei den Thieren kalt und kalte Flüssigkeit lief aus der Nase; dann wurden auch die Füsse kalt bis an die Kniee und es trat Zittern im Hintertheile (in der Kreuzgegend und in den Hinterbeinen) bei den Thieren ein; oftmals wurde ein krampfartiges Zusammenfahren des ganzen Körpers beobachtet. Gegen Abend stürzte die Ziege plötzlich zusammen und verendete in einem lähmungsartigen Zustande gegen 10 Uhr. Ebenso die Kuh am andern Tage, 24 Stunden nach der Fütterung. Der Eigenthümer liess die Thiere sofort öffnen und nun fanden sich bei der Kuh noch acht Oleanderblätter, 1 Finger lang, nicht zerkaut, bei der Ziege nur noch ein Blatt, zu vier Theilen gekaut, in dem Magen vor. Da die andere Ziege von demselben Futter gefressen hatte, wie der Eigenthümer meinte, auch mit Oleanderblättern, und nicht krank geworden war, bezweifelte derselbe die Vergiftung durch die Blätter und zerkaute selbst zwei Oleanderblätter und schluckte angeblich den Saft hinunter. Nach 24 Stunden wiederholte er das mit drei Blättern, blieb aber beidemal gesund.

Was an den Thieren beobachtet wurde, harmonirt mit den Symptomen, die ich bei Binz (Intoxicationen, in Gerhardt's Handb. d. Kinderheilkunde, III. S. 430) beschrieben finde. Blätter und Blüthen des Oleander enthalten eine bittere amorphe Substanz, der die Gehirn, Rückenmark und Herz lähmende Wirkung zukommt. Daselbst ist auch ein Fall mitgetheilt, worin bei einem durch Oleanderblüthen vergifteten Knaben von 27 Monaten auf Rath von Brücke starker schwarzer Kaffee mit deutlichem Erfolg gegeben wurde; ferner ein zweiter Fall, worin das nämliche Stimulans in Verbindung mit starkem Wärmereiz auf die Haut in Form von heissen Hand- und Fussbädern und Senfteigen ebenso günstig wirkte.

Hygieinisch möchte wohl von dem Genuss des Fleisches von durch Oleander gefallenen Thieren entschieden abgerathen sein. Das geschah denn auch in dem von mir erzählten Fall. Die Thiere wurden, obschon sich keine andere Todesursache, als der Genuss der Oleanderblätter, nachweisen liess, nicht verzehrt.

---

1. **Tommasi-Crudeli, Der Bacillus Malariae im Erdboden von Selinunte und Campobello.** (Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie, Bd. 12, Heft 3, S. 225.)

Verf. stellte mit der Erde aus zwei in der Ebene gelegenen und zwei auf Hügeln befindlichen Orten Siciliens Züchtungsversuche an. Jede dieser Erden wurde in ein eigenes Kistchen gebracht und in ihm am Tage mit Wasser von 35° C., das sich Nachts auf Zimmertemperatur abkühlte, zusammengeführt. Es zeigte sich nach einigen Tagen in den aus der Ebene entnommenen Erden eine Zunahme der schon von Anfang an bemerkten, länglich ovalen, lebhaft beweglichen Körperchen, in den beiden andern Proben keine Vermehrung derselben. In einer der Erden aus der Ebene waren die Anfänge von Bacillusbildungen aufgetreten. Es wurden nun Parallelculturen theils mit Hausenblasengallerte, theils mit Harn angestellt und dazu jede der 4 Proben verwandt. Es zeigte sich, dass sich bei den mit den Erdarten



von den Höhen angestellten Culturen niemals Bacillen, sondern nur Bakterienformen entwickelten. Dagegen wurden mit den beiden andern Erdproben alle schon früher von Klebs und dem Verf. als charakteristisch für die Malariainfection anzusehenden Bacillenformen gezüchtet.

Ribbert.

---

2. **Klebs, der Ileotyphus, eine Schistomycose.** (Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie, Band XII Heft 3.)

Seit einer Reihe von Jahren wurde von dem Autor und seinen Assistenten dem Typhus abdominalis die Aufmerksamkeit zugewandt. Es handelte sich um die Frage, ob auch diese Erkrankung als specifisch parasitärer Process nachgewiesen werden könnte. Es gelang in der That, charakteristische Pilzformen ganz regelmässig aufzufinden. Eppinger fand zunächst in den flachen Kehlkopfgeschwüren auf dem blossgelegten Knorpel aufliegend, an derselben büschelförmig eindringend und in ihm sich weiter verbreitend zarte Stäbchen und Fäden. Bei weiterer Untersuchung aller übrigen Organe stellte es sich dann heraus, dass jene Gebilde wirklich die specifischen Schistomyceten des Ileotyphus sind, und dass sie zur Gattung Bacillus gehören. Sie wurden gefunden in den Lieberkühnschen Drüsen und im interstitiellen Bindegewebe zwischen denselben. Bei zelliger Infiltration unterhalb der markig geschwellten Parthien. Ferner bei der embolisch reducirten Nephritis. Besonders interessant war ihre Auffindung in den Hohlräumen der Pia mater in einem Falle, der mit besonders hochgradigen Gehirnerscheinungen verlaufen war. Verf. führt 24 Fälle einzeln auf, in denen es besonders gut gelang, die fraglichen Mikroorganismen nachzuweisen.

Ribbert.

---

3. **H. Treub, Scharlachepidemie in einer chirurgischen Krankenabtheilung.** (Centralbl. f. Chirurgie. 1880. Nr. 18.)

Während des verflossenen Winters beobachtete T. in der chirurgischen Klinik des Prof. v. Hersen in Leyden 5 Fälle von Scharlach. Aber unter diesen 5 Patienten befand sich nur ein einziger, der eine Verwundung hatte. Die zahlreichen mit diesem Patienten zusammen liegenden Verwundeten blieben vom Scharlach verschont. Aehnliches wurde gleichzeitig auf anderen chirurgischen Abtheilungen in Leyden beobachtet. Verf. widerspricht der Riedinger'schen Behauptung (vergl. Centralbl. f. klin. Medicin 1880 Nr. 4 p. 57), dass den Verwundeten eine erhöhte Disposition für Scharlachinfection zukäme.

Madelung (Bonn).

---

4. **Charcot, Sclérose latérale amyotrophique — Autonomie et caractère spasmodique de cette affection. Resumé par E. Brissaud.** Amyotrophische Seitenstrangsklerose. — Selbstständigkeit und krampfhafter Charakter dieser Affektion. (Le Progrès Médical. 1880. Nr. 1 u. 3.)

Ch. demonstrirt an zwei Kranken, deren Geschichte detaillirt mitgetheilt wird und welche als „un exemple en quelque sorte idéal

de sclérose latérale amyotrophique" hingestellt werden, die Erscheinungen dieser Krankheit, die er, wie bekannt, als wesentlich krampfhafter Natur, wenigstens in ihrer ersten Periode, erklärt. Diese Ansicht dehnt er auch auf die anscheinend vorhandene paralysie labioglossolaryngée de Duchenne aus, indem er auf die krampfhafte Spannung der Gesichtsmuskeln in seinen Fällen gegenüber der „masque inerte de la paralysie de Duchenne" aufmerksam macht. Die erheblich erhöheten Sehnenreflexe sieht Ch. als den Contrakturen gleichwerthig an. In Nr. 3 bekämpft er ausschliesslich die der seinigen entgegengesetzte Auffassung Leydens, welcher letztere die amyotrophische Lateralsklerose mit der Muskelatrophie von Duchenne und Arau zusammenstelle, die Lähmung bei der Lateralsklerose für eine atonische Lähmung erkläre, die krampfhaften Symptome, die besondere Form der bulbären Paralyse Charcots im Gegensatze zu der Duchenne'schen und ebenso das Specifische der Läsionen der Lateralsklerose leugne, da dieselben sich nicht nur auf die Seiten-, sondern auch auf die Vorderstränge erstrecke, und welcher die Muskel-Atrophie für das vorherrschende Symptom erkläre. Für die Richtigkeit seiner Lehre beruft sich Ch. auf 11 Fälle (5 eigene, 6 fremde von Seguin, Wornus, Hun, Kussmaul, Rigal, Pick und Kahler), in denen die Obduktion die im Leben gestellte Diagnose bestätigt hätte und auf 4 weitere Fälle, bei denen die Diagnose wegen der grossen Gleichheit der Erscheinungen und des Krankheitsverlaufs keinem Zweifel unterlegen habe. In allen Fällen mit Ausnahme eines waren Contrakturen vorhanden und in diesem einen erhöhte Sehnenreflexe, dem gegenüber ständen nur Leydens 4—5 eigene Fälle, und selbst in einem derselben seien die Sehnenreflexe am Knie deutlich vorhanden gewesen, in andern sei die Paralyse der Muskeln der Atrophie länger oder kürzer vorangegangen, die behauptete Identität der Natur der Duchenne'schen paralysie labio-glosso-laryngée mit den bulbären Symptomen bei der Lateralsklerose sei durch eine Reihe neuer Beobachtungen zurückgewiesen. Die von Leyden betonte Verbreitung der Alteration auf die Vorderstränge erklärt Ch., um das Specifische der Vorderstrangerkrankung aufrecht zu erhalten, vergleichsweise für unbedeutend, für eine durch Contiguität, nicht Continuität, fortgepflanzte leichte entzündliche Reaktion von den ursprünglich allein ergriffenen Seitensträngen. Dem gegenüber verweise ich (Ref.), um den Standpunkt Leyden's in dieser Streitfrage genauer kennen zu lernen, auf dessen eingehende Arbeit: „Ueber progressive, amyotrophische Bulbärparalysie und ihre Beziehungen zur symmetrischen Seitenstrangsklerose", Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, Band VIII, 1878. Er hält darin seine Ansicht aufrecht, dass es sich um eine primäre Muskelatrophie handele, der kein besonderes Stadium von Lähmung vorhergehe. Spastische Symptome, Rigidität an den Muskeln, klonisches Erzittern der Beinmuskeln, die sogen. épilepsie spinale, die abnormen Sehnenreflexe und Contrakturen fehlen ganz oder sind von untergeordneter Bedeutung. Letztere gehen im Wesentlichen aus der habituellen Haltung der Glieder, nicht aus Muskelspasmen hervor. Sensibilität, Intelligenz und Sphinkteren bleiben intakt. Die anatomische Erkrankung betrifft die motorischen Elemente und Lei-

tungsbahnen in der medulla oblongata, wie im Rückenmark selbst, in einer nach dem Lendentheil abnehmenden Intensität; die hinteren Stränge und Wurzeln bleiben ganz intakt. Die Form der Erkrankung ist eine parenchymatöse, welche primär die Nervenelemente befällt, erst sekundär die Neuroglia. Die Erkrankung der grauen Substanz, die Atrophie und der Untergang der motorischen Ganglienzellen in den grauen Vorderhörnern steht in Beziehung zu der Atrophie der Muskeln, ebenso die Zellenatrophie in den Stilling'schen Kernen der medulla oblongata, am exquisitesten im Hypoglossus-Kern. Nicht so klar ist die Beziehung der degenerirten weissen Faserzüge zu den Symptomen. L. stützt sich für diese seine Auffassung auf eine Reihe theils eigener, theils fremder Beobachtungen, die er ausführlich oder im Auszug seiner Arbeit als Anhang beigegeben hat. — Wer „Ueber die fortschreitende Bulbärparalyse und ihr Verhältniss zur progressiven Muskelatrophie“ sich unterrichten will, findet eine fesselnde Darstellung und reichhaltige Belehrung in dem so betitelten Vortrag Kussmaul's (Nr. 54 der Volkmann'schen Sammlung klinischer Vorträge). Weder im klinischen, noch im anatomischen Verhalten der Muskeln besteht für beide Krankheiten nach K. eine wesentliche Verschiedenheit. Im Entwickelungsgange der Krankheit, in ihrem Fortschreiten, welches bald allmählich, bald rapid sich steigert, mitunter durch längern Stillstand oder Besserung unterbrochen wird, zeigen sie ebensowie hinsichtlich der anatomischen Veränderungen des Nervensystems die auffallendste Aehnlichkeit. Wie die Destruction der Ganglienzellen in den motorischen Kernen als das Wesentliche bei dem krankhaften Vorgange, welcher der fortschreitenden Bulbärparalyse zu Grunde liegt, betrachtet werden muss, denn sie ist der konstante Befund, so ist der kausale Zusammenhang von Muskelschwund bei der fortschreitenden Muskelatrophie mit Atrophie der grauen Substanz des Rückenmarks und ganz besonders der grossen Zellen der Vorderhörner mehr und mehr ausser Zweifel gesetzt. Mit dem Uebergreifen der Atrophie auf die Vorderhörner stellt sich auch die Muskelatrophie ein. Soll letztere eine progressive sein, dann muss der Schwund der grossen Ganglienzellen der Vorderhörner in einer bestimmten Weise an diesen sich ausbreiten. Von den degenerativen Processen, welche zur fortschreitenden Bulbärparalyse führen, sind bis jetzt nur an der medulla oblongata die einfache Pigmentatrophie der Ganglienzellen und die sklerosirenden Entartungsformen bekannt. Therapie: von 5 zu 5 Tagen trockene, bei blutreichen, kräftigen Personen das erste Mal blutige Schröpfköpfe in den Nacken, vorsichtiger Gebrauch der Regen-, ev. selbst der Strahldouche. Im späteren Stadium ist guter Wein wohlthätig. Von Arzneien: Silber oder Gold; Jodeisen und Strychnin nutzlos, Phosphor und Bromkalium schädlich. Günstig wirkte die Galvanisation nach verschiedenen Methoden.

Oebeke (Endenich).

---



5. **Charcot, Séméiologie generale des degenerations secondaires du faisceau pyramidal.** Leçon recueillie par E. Brissaud. Allgemeine Semiologie der sekundären Degeneration der Pyramidenbündel. (Le progrès Medical. 1880. Nr. 8.)

Ch. gibt in dieser Vorlesung, sich stützend auf 10 vorangegangene Vorlesungen vorwiegend experimentellen Inhaltes, das klinisch wichtigste Ergebniss seiner bezüglichen Forschungen. Nach lichtvoller Darstellung des Zustandekommens der intracerebralen Hämorrhagie bespricht er die Prognose der damit verbundenen Hemiplegie. Für diese ist die Entscheidung der Frage von kardinaler Wichtigkeit, ob beim Mitbetroffensein der Capsula interna die Pyramidenfaserbündel des Hirnschenkels unversehrt oder lädirt sind. Ist letzteres der Fall, so tritt absteigende Degeneration und mit ihr mehr oder weniger vollständige motorische Unbrauchbarkeit der gelähmten Glieder ein. Dass diese letztere dauernd sein werde, kann man erst beim Eintritt der späteren (langsamen) Contraktur der hemiplegischen Glieder bestimmen, die gegen den 2. bis 3. Monat nach der Apoplexie hervortritt. Sehr wahrscheinlich ist aber die Unheilbarkeit der Lähmung schon, wenn in dem gelähmten Beine die sogen. „epilepsie spinale provoquée“, das Fussphänomen der Deutschen besteht, welches der eigentlichen Contraktur um mehrere Wochen vorherzugehen pflegt. Es ist eine der charakteristischen Erscheinungen der spastischen Paralysen und die centralen Hemiplegien mit sekundärer Degeneration der Pyramiden-Bündel gehören zu dieser Categorie. Eine ähnliche Erscheinung kann an dem Arm dieser Kranken als sogen. Handphänomen hervorgerufen werden, aber viel seltener. Beide gehören zu den von Westphal und Erb entdeckten Sehnenreflexen, von denen nach Angabe Charcot's er selbst und Vulpian wenigstens das Fussphänomen bereits seit 1863 gekannt haben. Oebeke (Endenich).

---

6. **Willich, Zur Lehre von den meningitischen Erscheinungen bei croupöser Pneumonie.** (Inauguraldissertation. Tübingen.)

Ein Patient erkrankte plötzlich unter Erbrechen, Hitzegefühl, Phantasiren. Es treten in den nächsten Tagen hinzu: Unregelmässigkeit der Athmung, Unruhe, Ungleichheit der Pupillen, vorübergehende Bewusstlosigkeit, Kopfschmerz, Milzschwellung, völlige Schlaffheit sämmtlicher Gliedmassen, lautes Aufschreien, Zähneknirschen, Kothverhaltung, Ptosis des linken Augenlides, erhöhte Reflexerregbarkeit. Bis dahin waren die Lungen ganz frei. Am vierten Tage aber tritt Dämpfung des ganzen linken Unterlappens mit Bronchialathmen auf. Diese Pneumonie nimmt an Deutlichkeit am folgenden Tage zu, während der Patient sich auffallend wohl befindet, ausserhalb des Bettes spielend verweilt. Der an den folgenden Tagen wieder abgespannte und müde Knabe erhält zahlreiche Bäder. Die Pneumonie löst sich am siebenten Tage und ist der Patient 10 Tage später als völlig genesen anzusehen. Es liegt hier ein Fall vor, der von den gewöhnlichen meningitischen Erscheinungen bei Pneumonie wesentlich abweicht. Offenbar war in den ersten Tagen der Erkrankung eine ausgesprochene, mässig intensive Meningitis vorhanden. Am 4. Tage aber tritt unter



Ansteigen der Respirationsfrequenz eine croupöse Pneumonie hinzu. Während des Ablaufs der letzteren bildet sich die Meningitis mehr und mehr zurück, aber nicht ohne die Pneumonie zu beeinflussen. Denn die hier nicht genauer zu erwähnenden Temperaturverhältnisse sind durchaus nicht die bei der Lungenentzündung gewöhnlichen. Wir haben es also offenbar nicht mit einer häufiger zu beobachtenden sog. centralen Pneumonie zu thun, sondern mit einer Pneumonie mit complicirender Meningitis. Der Fall weicht von den bisher veröffentlichten ab. Einmal, weil die Meningitis den Anfang der Erkrankung machte und längere Zeit allein bestand, sodann, weil dieselbe nicht, wie das bei den Autoren der Fall, hinter dem Bilde der Pneumonie zurücktrat, sondern diese in der Art ihres Verlaufes beeinflusste. Ribbert.

---

7. **Professor M. J. Rossbach, Zur Lehre vom Keuchhusten.** (Berl. klin. Wochenschr. 1880. Nr. 18.)

R. konnte mehrere an Keuchhusten Erkrankte wiederholt genau laryngoscopiren. Sowohl unmittelbar vor dem Anfall, als zu andern Zeiten, fand er die Schleimhaut des Larynx und der Trachea völlig normal, auch keine Spur von Schleim oder Pilzrasen. Unmittelbar vor den Anfällen sah er mehrmals Schleimblasen in der Tiefe der Trachea und hörte dann grobes Schleimrasseln. In dem frisch ausgehusteten Schleim fand er nur sehr spärliche Pilzsporen. Versuche bei Kaninchen, selbst mit grösseren Mengen dieses Keuchhustenschleimes, in die eröffnete Trachea gebracht, irgend einen krankhaften Zustand zu erregen, blieben ganz erfolglos, die Thiere befanden sich nach schneller Heilung der Tracheotomie wieder durchaus gesund. R. bestreitet daher alle auf den Nachweis eines besonderen Keuchhustenpilzes von Letzerich basirten Angaben; ebenso die Cultur desselben auf mit Milch durchfeuchteten Semmelstücken. Dieselben bedecken sich immer mit denselben Pilzen, ob Keuchhustenschleim darauf gebracht worden oder nicht. R. hält daher den Katarrh der grossen Bronchien für die Hauptsache und sieht in der gesteigerten Erregbarkeit des Hustencentrums das Eigenthümliche der Krankheit, die somit in die Reflexneurosen gehört. Der Nutzen des Chinins erscheint auch bei alleiniger innerer Darreichung, weil es die Reflexerregbarkeit des Rückenmarks herabsetzt. R. erzielte dieselbe Wirkung durch Durchleitung starker, stabiler, constanter Ströme durch das Rückenmark.

R.

---

8. **Dr. B. Rheder, Die subpleuralen Ecchymosen beim Erstickungstode.** (Eulenberg's Vierteljahrsschrift 32. Bd. 2. Heft. pag. 234—258.)

Nach einer längeren historischen und kritischen Einleitung über die Beobachtung der Ecchymosen auf der Lungen- und Costalpleura und anderen serösen Häuten, und über die bisher gangbaren Ansichten der Autoren betreffs der sie hervorrufenden Agentien, geht Verf., basirend auf Traube's Analyse aller derjenigen Erscheinungen, welche den Tod durch Erstickung begleiten, über zur Präcisirung der Be-



dingungen, welche die kleinen Blutaustretungen zu erzeugen im Stande sind. — Die nächste Ursache der Ecchymosen ist Zerreissung der in den betreffenden Geweben verlaufenden kleinen Blutgefässe, und diese wird durch länger dauernden Seitendruck im arteriellen Circulationsapparat erzeugt. Die dyspnoëtischen Erscheinungen bei der Erstickung werden durch gehinderten Zufluss von Sauerstoff in die Athmungsorgane und durch Anhäufung der Kohlensäure im Blute hervorgerufen, indem letztere als Gift auf die im verlängerten Mark befindlichen Respirations- und vasomotorischen Centren wirke und zuerst Reizung und dann Lähmung erzeuge. Die Reizung des vasomotorischen Centrums bewirkt Krampf in den Gefässmuskeln und Verengerung der Arterien, welche in den kleinsten Aesten sich bis zur völligen Verschliessung ihres Lumens steigert; dadurch wird die die Zerreissung der peripheren Capillaren bewirkende Ueberfüllung derselben mit Blut erzeugt. Ist die Phase der Reizung nur eine kurze und das erstickende Agens so stark, dass das Stadium der Lähmung im vasomotorischen Centrum rasch eintritt, so finden sich in den meisten Fällen keine subpleuralen Ecchymosen, weil der arterielle Seitendruck nicht genügende Zeit hatte sich zu entwickeln. In den Fällen, wo bei rasch eintretender Lähmung dennoch Ecchymosen auftreten, sind heftige convulsive Muskelkrämpfe als die Ursache des gesteigerten Blutdruckes anzusetzen.

Verf. hat fünfzehn Versuche an Hunden gemacht und durch theils rasche, theils allmälige Entziehung des Sauerstoffs und dadurch herbeigeführte schnelle resp. verlangsamte Erstickung das Resultat erzielt, dass unter der ersten Gruppe von zwölf Fällen nur in fünfen Ecchymosen auftraten, während bei langsamer Erstickung dieselben sich in allen drei Fällen vorfanden. Leo.

---

9. **Dr. Adolf Lesser, Zur Beurtheilung des diagnostischen Werthes der Strangmarke in Bezug auf die Frage: ist das Erhängen intra vitam oder post mortem erfolgt?** (Eulenberg's Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen. 32. Bd. 2. Heft pag. 219—229.)

Verf. behauptet der allgemeinen Annahme gegenüber, dass alle Formen der Strangmarke, welche bei lebend Erhängten vorkommen, auch post mortem erzeugt werden können, und dass man niemals aus der Beschaffenheit der Marke den Beweis erbringen könne, ob die Suspension vor oder nach dem Tode ausgeführt sei, dass allerdings gewisse Zustände des Cadavers einige Arten der Strangrinne ausschliessen. Er begründet seine Ansicht durch einen concreten Fall. Eine Frau, welche vielfach von ihrem Manne gemisshandelt wurde, fand man kurze Zeit nach einer aufregenden, mit brutaler Behandlung durch den Ehemann verbundenen Scene im Keller erhängt. Die Umstände machten es wahrscheinlich, dass der Mann sie, nachdem er sie ermordet, zur Verdeckung seiner That aufgehängt habe. — Die Section ergab, dass die Suspension durch einen doppelt genommenen Strick erfolgt war, durch dessen Schlinge beide Enden desselben in die Höhe gingen und an einem an der Decke befindlichen Haken befestigt waren.



Es befinden sich nämlich auf der linken Seite des Halses und theilweise auch auf der rechten zwei parallele Strangmarken, zwischen denen eine 2 cm breite weiche, rothe, durch ausgiebige Füllung der Gefässe erzeugte hyperämische Parthie zu bemerken ist. Die Farbe der Haut im Gesicht und an der ganzen Vorderfläche des Halses, sowie der des Rumpfes und der Extremitäten war ganz blass. In diesem Falle, behauptet Verf., würde bei einer Leiche niemals zwischen den beiden pergamentharten Marken eine succulente, lebendige Reaction darthuende, Partie erzeugt werden können, und kommt somit zu dem Schlusse, dass bei anämischer Beschaffenheit der Haut im allgemeinen ein hyperämischer Zwischenraum zwischen den beiden Strangmarken mit Bestimmtheit auf Selbstmord und nicht auf Suspension nach vorheriger Ermordung hindeute. Anders sei es bei Leichen mit allgemeiner Plethora, wo allerdings die zwischen den Strangmarken befindliche Leiste auch hyperämisch gefunden werden könne.

In einer nahezu fünf Seiten langen Anmerkung führt Verf. aus, dass der Begriff der Erstickung in der gerichtlichen Medicin sowohl anatomisch als physiologisch ein höchst vager sei. Diejenigen Phänomene, die man als Zeichen des Erstickungstodes verzeichnet hat: die flüssige Beschaffenheit des Blutes, die dunkle Farbe desselben, die strotzende Anfüllung der grossen (venösen) Gefässe und des rechten Herzens, die Lungenhyperämie, sowie die Hyperämieen der übrigen Organe, ferner auch die punktförmigen Blutungen in den serösen Häuten, die Anwesenheit von Sperma in der Harnröhre, die Cyanose des Gesichts, die Einklemmung der Zunge etc. fänden sich bei fast allen mehr oder minder schnellen resp. plötzlichen Todesarten, mag das atrium mortis das Centralnervensystem, der Circulationsapparat oder das Respirationsorgan gewesen sein. Verf. hat dieselben Erscheinungen in den Leichen Erfrorener, am Sonnenstich, an Strychnin-, Alcohol-, Opium-, Blausäure-, Kohlenoxyd-Vergiftung, an Commotio und compressio cerebri, an Zertrümmerung der medulla oblongata Verstorbener gefunden, wie bei Erdrosselten, Erwürgten, Erhängten und anderen durch Abschluss der Luft von den Respirationsorganen zu Grunde gegangenen Personen. Aus der Uebereinstimmung der Sectionsresultate jener verschiedensten Todesarten mit denen bei Abschluss der Luftzufuhr habe nun die gerichtliche Medizin irrthümlicher Weise sich zu dem Schlusse berechtigt gefühlt, dass ihnen allen eine letzte Ursache: Erstickung, gemein sei. Diese Ansicht bekämpft Verf., und würde es als einen entschiedenen Fortschritt erachten, wenn man sich wieder daran gewöhnte, unter Erstickung nur den Tod durch Abschluss verathembarer Luft von den Lungen zu begreifen. Leo.

---

10. **Lauderer, Angeborene Stenose des Pylorus.** (Inauguraldissertation, Freiburg 1879.)

Pylorusstenosen, die durch keine der gewöhnlichen Ursachen herbeigeführt wurden, die vielmehr als angeboren zu betrachten sind, dürfen nicht als sehr selten angesehen werden. Dem Verfasser standen 10 Fälle derart zur Verfügung. Bei der Mehrzahl ist die zugehörige Krankengeschichte hinzugefügt, aus der hervorgeht, dass in diesen



Fällen Jahre lang andauernde, oft aus der Kinderzeit datirende Magenbeschwerden (Brechneigung etc.) bestanden hatten. Die übrigen Stenosen entstammen der Freiburger Sammlung. Die Verengerung reicht von 1,5 cm Durchmesser, gegen 3 cm unter normalen Verhältnissen, bis zu 2 mm. In sieben Fällen hatte der Pylorus weniger als 1 cm Durchmesser. Der Längsdurchmesser des Magens ist bei allen Objekten nicht wesentlich von der Norm abweichend, während die Entfernung der kleinen von der grossen Curvatur erheblich über die gewöhnlichen Dimensionen hinausgeht. Die Form und Gestalt des verengten Ostiums ist interessant: In den meisten Fällen ist es eine einfache rundliche Oeffnung. Bei drei Mägen bildet das verengte Ostium eine kurze Röhre. In einem Falle endlich hat die Pylorusmündung an der dem Magen zugekehrten Seite nur ca. 2 mm Durchmesser, erweitert sich aber gegen das Duodenum trichterförmig zum Umfang eines Groschens. Pathologisch-anatomische Strukturveränderungen irgend welcher Art fehlen in allen Fällen. Für die Praxis dürfte die nicht zu grosse Seltenheit dieser Form von Pylorusverengerung von Wichtigkeit sein. Ribbert.

---

11. **E. Wagner, Beiträge zur Kenntniss des acuten Morbus Brightii.**
(Deutsch. Arch. f. Klin. Med. Bd. XXV. H. 6, p. 529.)

W. nennt acuten Morbus Brightii diejenige Nierenkrankheit, bei welcher Tage und Wochen lang spärlicher Harn mit Eiweiss und Cylindern, häufig mit weissen oder rothen Blutkörperchen, bisweilen mit Epithelien abgesondert wird, und unterscheidet zwei Hauptarten des krankhaften Harns: blutigen und blutfreien. Ersteren, an der rothen oder bräunlichen Farbe kenntlich, mit mässigem Eiweissgehalt, enthält meist zahlreiche rothe, weniger weisse Blutkörperchen, Cylinder aus rothen Blutkörperchen, sowie verfettete oder hyaline Cylinder, besetzt mit Blutkörperchen, mit Haematoidinkörnchen oder mit Epithelien, endlich Detritus. Harnsäure - Krystalle treten erst mit der Besserung der Krankheit auf. Der blutfreie Harn, von hohem specifischen Gewicht, zeigt fast immer neben dem Eiweiss weisse Blutkörperchen, meist hyaline Cylinder mit Auf- und Einlagerungen, sehr selten reine Epithelcylinder.

Pathologisch - anatomisch unterscheidet W. folgende Formen des acuten Morbus Brightii:

1. Die haemorrhagisch - katarrhalische Form. An der Oberfläche und auf dem Rindendurchschnitt der wenig oder gar nicht vergrösserten Nieren kleine Haemorrhagien, die ihren Sitz in der Höhle der Glomeruli und der angrenzenden gewundenen Kanäle haben. Interstitielles Gewebe normal. Ausgang in vollständige Heilung.

2. Die haemorrhagisch - katarrhalische und gleichzeitig interstitielle Form. Die Nieren etwas grösser, dieselben Blutungen wie bei der ersten Form, aber zahlreicher. Kleinzellige Infiltration des interstitiellen Gewebes. Diese Form kann wahrscheinlich vorübergehend oder dauernd heilen, oder sie wird chronisch, oder tödtet durch Uraemie, Wassersucht etc. Wenn das



zahlreiche Vorkommen weisser Blutkörperchen im Harn bei der zweiten Form gegenüber der ersten constant wäre, so würde die Scheidung beider Formen ohne Berücksichtigung anderer Anhaltspunkte auch klinisch möglich sein. Die genannten Formen finden sich bald in vorher gesunden, bald in früher erkrankten Nieren.

3. Die acute mässig grosse blasse Niere, besonders dem Scharlach und der Diphtheritis, seltener andern Krankheiten angehörig. Haemorrhagien selten. Nieren wenig vergrössert, grau-röthlich, anaemisch, oedematös. Rindenkanälchen erweitert, Epithel getrübt, schmal oder eckig vorspringend, im Lumen eine feinkörnige gleichmässige Substanz (wahrscheinlich geronnenes Eiweiss) mit Bildungen, die an Grösse den weissen Blutkörperchen ähneln, oder eine stark glänzende netzförmige Masse, oder kernhaltige Rundzellen. Stroma normal. Glomeruli etwas verkleinert und blutarm. Kapselepithelien nicht selten grösser und trüber. Diese Form heilt wahrscheinlich meistens, oder verläuft tödtlich.

4. Die acute lymphomatöse Nephritis, seltenste Form, am häufigsten bei Scharlach. Nieren vergrössert, an ihrer Oberfläche zahlreiche flache grauweisse Höcker. Diesen entsprechen Infiltrate der Rinde mit Rundzellen, welche, vorwiegend in der Umgebung der Kapseln, diese sowie die Harnkanälchen comprimiren. Geringere Grade heilen wahrscheinlich meist, die höchsten Grade tödten durch Uraemie.

Combinationen der genannten Formen, besonders der ersten und dritten, sind nicht selten.

W. bespricht nun 70 in der Leipziger Klinik beobachtete Fälle und theilt dieselben nach ihren aetiologischen Momenten ein. Ein Drittel derselben verlief tödtlich.

Croupoese Pneumonie ist selten mit acuter Bright'scher Krankheit, gewöhnlich aber mit der 1. Form complicirt. Sie tritt dann in schwerer Form auf, während Beginn und Verlauf die gewöhnlichen sind. Meist hatte der Harn von Anfang an den hämorrhagischen Charakter und behauptete ihn durchschnittlich 5 Tage. In der Mehrzahl erfolgte Heilung, in einigen Fällen Tod, aber nicht in Folge der Complication mit Nephritis.

Die bei Lungenphthise constatirten Fälle kamen alle zur Section. Unter 6 Fällen der hämorrhagisch katarrhalischen Form war ein fast geheilter Fall, bei dem sich post mortem nur sehr geringe Veränderungen in den Nieren fanden. Die Phthise (Tuberculose) an sich bot keine Besonderheiten. Von 4 Phthisen, denen sich die 2. Form zugesellte, war eine bei Lebzeiten nicht erkannt worden, während das Eiweiss, die Cylinder und die vorwiegend weissen Blutkörperchen schon auf das Nierenleiden hinwiesen. In einem anderen Fall mit mehr subacutem M. B. fand sich Hypertrophie beider Ventrikel. Ferner wurden 4 Fälle von der herdweisen, chronischen und subacuten, atrophischen Form mit gleichzeitiger acuter hämorrhagischer Nephritis beobachtet.

Bei Scharlach kommen 2 Formen vor: 1. während des Exanthems die initiale Scharlachalbuminurie, wahrscheinlich W.'s 1. Form entsprechend, mit letalem Ausgang oder Heilung; 2. besonders in der



3. Krankheitswoche die gewöhnliche Scharlach-Nephritis, die zuweilen in der 4. (lymphomatösen), meist aber in der 3. Form auftritt.

Nach Masern beobachtete W. nur einen Fall von acutem M. B. mit Heilung, welcher der Scharlachnephritis ähnelte.

Die bei Diphtheritis mehr weniger häufig vorkommende Nierenaffection gehört am wahrscheinlichsten der 3. Form an. Spärlicher, blasser, trüber Harn mit hyalinen Cylindern, die zum Theil ausgezackt und an der Vorderfläche den Zacken entsprechend gegittert sind. Entsprechend war der mikroskopische Sectionsbefund. In mehreren Fällen war die Membrana propria der Rindenkanälchen ganz ordnungslos von Epithelien ausgefüllt, in 2 Fällen fehlte in den leeren, etwas verengten Pyramidenkanälchen das Epithel vollkommen, in einem 3., sonst ähnlichen Fall waren alle Epithelien einzelner Sammelröhren in kernhaltige Bildungen mit grossen Vacuolen verwandelt.

Bei Abdominaltyphus sind mindestens 3 Formen bekannt: 1) einfache Albuminurie mit spärlichen hyalinen Cylindern, Ausgang in Heilung; und selten 2) haemorrhagische, 3) lymphomatöse Nephritis. W. beobachtete auch eine Combination von acuter haemorrhagischer Nephritis mit Lymphombildung und Bacterienentwicklung. In zwei Fällen lag im Lumen einzelner Kanäle das oben sub 3 erwähnte zarte stark glänzende Netzwerk. Auch zur Haemoglobinurie mit acutem katarrhalisch-haemorrhagischen M. B. führt W. einen Fall an.

Bei der letztjährigen Epidemie von (150 Fällen) Febris recurrens fand W. in 15 % Albuminurie mit spärlichen hyalinen und verfetteten Cylindern, in 3 Fällen acuten haemorrhagischen M. B. Ausserdem kam die 3. Form primär oder nach der haemorrhagischen Nephritis vor.

Als weitere seltene aetiologische Momente für die eine oder die andere Form des acuten M. B. werden angeführt: Hauterysipel, acuter Gelenkrheumatismus (vielleicht salicyls. Natr.) epidemische Cerebrospinalmeningitis, acute tuberculöse Meningitis, acute Endocarditis. Auch Eiterungsprocesse sind von verschiedenen Autoren als Ursache herangezogen worden. Nach Bamberger gehören hieher 5,2 % des acuten und chronischen M. B. Bei Hauteiterungen constatirte W. 4 Fälle, bei Eiterungen innerer Organe eine grössere Anzahl der acuten Bright'schen Krankheit. Complicationen von Puerperalerkrankungen der weiblichen Genitalien mit dieser sind relativ zahlreich.

Als Folge von acuten Vergiftungen durch Säuren und dgl. sah W. den acuten M. B. wiederholt. Zum Beweise, dass auch die acute Bleivergiftung dazu führen kann, werden 2 Fälle mitgetheilt. Acute Alkoholvergiftung als Ursache kam nicht zur Beobachtung. Einige Fälle werden auf sog. Krätzmittel zurückgeführt. Auch Vergiftungen mit gewissen Nahrungsmitteln verursachen bisweilen secundär Nierenerkrankung nach primären schweren Magen- und Darmaffectionen. Endlich beobachtete W. den acuten haemorrhagischen M. B. noch bei Scorbut, wie überhaupt bei haemorrhagischer Diathese, nach Traumen, sowie im Verlaufe chronischer Herzkrankheiten und des chronischen Lungenemphysems.

Zum primären acuten Morbus Brightii sind diejenigen Fälle

zu rechnen, die durch Erkältung oder durch unbekannte Ursachen entstehen. Ihre Zahl ist sehr klein und um so kleiner, je genauer die Anamnese und die Untersuchung des ganzen Körpers aufgenommen wird. Eine Form, welche in einer Anzahl sog. acuter Fälle vorkommt, bezeichnet W. als Morbus Brightii haemorrhagicus recurrens. Bei dieser tritt eine acute Nephritis auf dem Boden einer bereits früher erkrankt gewesenen Niere auf.

Stintzing (München).

---

12. **Hydrobromic Ether as an Anaesthetic.** Aethylbromid als Anaestheticum. (Ref. in Lond. Med. Rec. Apr. 15. 1880, S. 131 [Ref. bezieht sich auf Philadelphia Med. and Surg. Reportes, March 6. 1880]. Vergl. auch: (N.-Y.) Med. Rec. March 27. 1880, S. 342 Apr. 3. 1880. SS. 361. 379 u. Apr. 17. 1880. S. 439, sowie dieses Centralblatt No. X S. 154.)

Turnbull bespricht den Werth dieses in Vergessenheit gerathenen Anaestheticum und seine Anwendbarkeit bei den verschiedensten Operationen. Schon im April 1879 hatte er dasselbe als sicher, angenehm und ungefährlich empfohlen. Seine Meinung sei jetzt durch die Erfahrung in etwa 200 Fällen glänzend bestätigt worden. Die ersten Thierexperimente rühren von dem Engländer Nunnelly in 1849 her. Sein Bericht ist in den „Transactions of the Provincial Association (Lond. 1849)“ zu finden. Später gebrauchte er dasselbe bei vielen Augen- und Ohrenoperationen in der Infirmary zu Leeds, worüber er 1865 der British Medical Association berichtete. Turnbull experimentirt mit dieser Substanz seit 1877 und hielt 1879 Vorträge darüber in den Sitzungen der Brit. Med. Ass. in Cork, sowie auf dem Congress in Amsterdam. Er theilte die Resultate der Anwendung in 100 Fällen mit. T. hebt folgende Vortheile hervor: 1) Die sorgfältige Anwendung ist beim Menschen und Thier ungefährlich. 2) Die Narkose kann rascher eingeleitet werden als durch Chloroform, auch wird das Aethylbromid durch Lunge und Niere rascher ausgeschieden als andere narkotisirende Mittel. 3) Nur bei sehr grossen Dosen wird die Respiration oder die Herzthätigkeit besonders verändert. 4) Erbrechen tritt seltener ein als bei Aether oder Chloroform. 5) Der Geruch ist „in der Regel“ angenehmer als der des gewöhnlichen Aethers, auch die grosse Flüchtigkeit desselben ist für die Privatpraxis besonders angenehm. 6) Das Aethylbromid ist nicht brennbar. 7) Die rasche Einwirkung auf die Muskulatur der Mund- und Rachenhöhle macht es zu einem besonders guten Anaesthicum bei operativer Behandlung dieser Gegenden. 8) Bei Vivisectionen ist die rasche Betäubung (beim Hund 2 Minuten) und die Gefahrlosigkeit sehr vortheilhaft. In 100 Fällen kam Uebelkeit nach der Operation 12 mal vor, Erbrechen während der Operation 8 mal und zwar nur „nach dem Genuss von festen Speisen“. Zur Einleitung der Narkose brauchte man: in 10 Fällen $1^1/_2$ Min., in 20 Fällen 2 Min., in 10 Fällen $2^1/_2$ Min., in 40 Fällen 3 M., in 10 Fällen 4 Min., in 10 Fällen 5 Min. Das Erwachen aus der Narkose dauerte: in 50 Fällen $2—2^1/_2$ Min., in 30 Fällen 3 Min., in 20 Fällen



$4^1/_2$—5 Min. Grosse Unruhe oder Husten war bei der Aethylbromidnarkose selten. Kopfschmerzen kamen nicht häufig, Schwindel niemals vor. Der N.-Y. Med. Record veröffentlicht die Mittheilungen, die der New-Yorker Academy of Medicine von Sims und Levis über ihre Erfahrung mit diesem Mittel gemacht wurden. Levis hat das Aethylbromid seit April 1879 bei Patienten der verschiedensten Altersklassen in der Privatpraxis, sowie in zwei grossen Hospitälern in Philadelphia geprüft. Er spricht sich sehr befriedigt aus und hält es für das beste Anaestheticum. Nach seinen Beobachtungen schlägt das Herz dabei etwas rascher, der Puls wird voller, das Gesicht geröthet. Die Haut wird weniger irritirt als durch Chloroform. Die Hauptsache sei die Narkose rasch einzuleiten. L. verbraucht von 4,0 (schnell gegeben, für eine Operation von kurzer Dauer) bis zu etwa 42,0 bei einer Operationsdauer von 40 Minuten. Die angeführten Vorsichtsmassregeln sind fast dieselben wie bei den gebräuchlichen Anaesthetica. Gegen das (seltene) Erbrechen empfiehlt er Eispillen oder Eiswasser. Auch hier scheint der Genuss von Spirituosen die Einleitung der Narkose zu erschweren. Nach Levis sei weder in seiner Praxis noch in der der auswärtigen Collegen ein Todesfall vorgekommen, nicht einmal gefährliche Symptome seien beobachtet worden. Sims hat in einem gynäkologischen Fall (Ovarialexstirpation wegen Epilepsie) einen lethalen Ausgang nach der Operation beobachtet. Die Operation dauerte $1^1/_2$ Stunde und wurden 135,0—150,0 verbraucht! Pat. bekam die heftigsten Kopfschmerzen, bald darauf Uebelkeit und unstillbares Erbrechen mit choleraähnlichen Stühlen. Später traten Convulsionen ein. Tod 21 Stunden nach der Operation. Die ausgeathmete Luft und die Faeces rochen stark nach Aethylbromid, sowie alle Organe bei der Section. Letztere ergab eine ausgedehnte starke Injection des unteren Theiles des Ileums und des Colons, keine Blutung und keine Peritonitis. Die mikroskopische Untersuchung der Nieren ergab: „geringe Cirrhose mit acuter katarrhalischer Nephritis". Sims nimmt eine Steigerung des nicht diagnosticirten Nierenleidens mit urämischer Intoxication als Todesursache an. Aehnliches habe Emmet beim Aether beobachtet. Squibb meinte, dass die Symptome auf eine Bromvergiftung hindeuten. Der erfahrene Turnbull schreibt den unglücklichen Ausgang der Operation und Behandlung zu. Er sah niemals bei seinen Thierexperimenten Zeichen einer Bromvergiftung, auch wird das Aethylbromid unverändert ausgeschieden. Auch Krampfanfälle sind ihm nicht vorgekommen. Aus der allerdings nicht ausführlichen Beschreibung des Präparats geht hervor, dass das Aethylbromid häufig verunreinigt ist und durch das Licht zersetzt wird. Die Formel ist $C_2H_5Br$. Es führt noch die Namen Aethylbromür und Bromäthyl [vgl. Deutsche Chirurgie, Lfg. 20. S. 186], während die Amerikaner es auch noch „Hydrobromic Ether" nennen. Levis hat sogar den Ausdruck „Aethylization" vorgeschlagen. Warren.

---



13. **Braun, Grimault's „Indische Cigarretten aus Cannabis indica".** (Pharmac. Zeitung 1880 Nr. 31 S. 231. Aus: Oesterr. Zeitschr. f. Pharm.)

Die Grimault'schen Cigarretten sollen einzig und allein aus der Herba cannabis indicae präparirt sein und ausser dem geringen, durch das Beizen bedingten Salpetergehalt keinerlei andere fremde Substanz enthalten. Braun erhielt eine Anzahl dieser Cigarretten zur Untersuchung und fand: Die von Grimault & Comp. in Paris in den Handel gebrachten „indischen Cigarretten aus Cannabis indica" bestehen fast ausschliesslich aus Fol. Belladonnae, daneben finden sich — man könnte sagen nur als Verunreinigung — spärliche Fragmente von Cannabis, ebenso Bruchstücke zweier anderer Blätter, von denen das eine in seinem Bau Aehnlichkeit mit Epilobium zeigt, während die Fragmente des anderen einem nicht näher bestimmten, lederartigen Blatt angehören. Schulz.

---

14. **Dépierre** u. **Cloiit, Ueber chinesische Arzneimittel.** (Pharm. Zeit. 1880 N. 31 S. 230. Aus: Technologiste S. 150.)

Dépierre und Cloiit haben eine Zusammenstellung der in China am häufigsten angewandten Arzneimittel, wie sie Seitens des chinesischen Reiches auf der letzten Pariser Weltausstellung vorgeführt wurde, mitgetheilt. Das kleinste Contingent zur Materia medica chinensis stellt das Mineralreich. Es werden benutzt: Kali- und Natronsalpeter, Natriumcarbonat, Arsensalze, namentlich Schwefelarsen (Realgar), Kupfersulfat, Quecksilbersalze, Eisensulfat, Alaun und Borax. Der letztere dient, ebenso wie bei uns, zur Entfernung des Mundschwammes bei Kindern und zu leichteren Aetzungen. Dem Europäer unbekannt dürfte die Anwendung des Borax seitens habitueller Trinker sein, dieselben nehmen vor dem Beginn ihrer Gelage eine gewisse Dosis desselben zu sich. Die Zahl der, aus dem Thierreich und dem Pflanzenreiche entnommenen Mittel ist gegenüber den anorganischen Arzneistoffen übermässig gross. Namentlich stellt das Pflanzenreich ein starkes Contingent und es werden vielen Repräsentanten derselben zum Theil die fabelhaftesten Wirkungen vindicirt. Die Lakritzenwurzel (Rad. Glycyrrhizae glabrae) dient als Verjüngungsmittel. Die Wurzel der weissen Paeonie wird als sehr wirksam bei Blenorrhoe und Frauenkrankheiten betrachtet. Die Blüthen von Anthemis Pyrethrum (das kaukasische Insectenpulver) werden in grossen Dosen gegen Trunksucht gegeben. Die Wurzel von Leontodon taraxacum wird als Galaktopoëtikum und gegen Schlangenbiss benutzt. Die Abkochung der Zweige von Clematis tubulosa „durchdringt Herz und Eingeweide, erregt die Galle und alle anderen Lebensorgane". Das chinesische Militär benutzt die Gynura pinnatifida, da derselben encouragirende Kraft innewohnen soll. Die Blüthen von Carthamus tinctorius, sowie die Zweige von Leonurus sinensis werden als Emmenagoga verwandt, die Wurzel des Farrenkrautes Polypodium repandum dient bei Nierenkrankheiten, als Anthelminticum aber auch zur Heilung von Knochenbrüchen und zur Befestigung der Zähne. Eine ganz besondere Kraft soll einem, auf einer Raupenart schmarotzenden Pilz, wahrscheinlich



Cordiceps sinensis oder einer Sphoeria-Art innewohnen. Derselbe rivalisirt mit dem bekannten Sin-Seng, steht hoch im Preise und wird in folgender Weise benutzt: 5 Gramm des Pilzes werden in das Innere einer Ente gesteckt, letztere dann bei mässigem Feuer gekocht. Ihr Genuss soll dann erneute Jugend bewirken. Aus dem Thierreich werden benutzt: Antilopenhorn, calcinirt und pulverisirt gegen Convulsionen, Rheumatismus, Apoplexie. Elephantenhaut als Zusatz zu Pflastern gegen Contusionen. Die Larven einer Heuschreckenart geröstet gegen Kopfschmerz und als Wurmmittel. Aus Eselsfell bereiteter Leim dient bei Lungenentzündungen, auch der Leim aus Tigerknochen und Hirschhorn wird viel benutzt. Ochsengalle wird bei Digestionsstörungen gegeben, das innere Häutchen der Eier mit Datteln und Carthamus gekocht, wird gegen Gelbsucht gebraucht. Gegen Augenkrankheiten und Geschwüre aller Art benutzt man Fledermausexkremente mit Zucker gemischt. Schlangenhaut heilt Carcinoma, Rheumatismus, selbst Paralyse. Eine noch unbekannte Substanz mit Mehl und dem Schleim der Kröten zu Broten geformt dient als Niessmittel bei Ohnmachten und Convulsionen. Schulz.

---

15. **Schreiter, Ein der Fehling'schen Lösung analoges Reagens auf Zucker.** (Pharm. Zeit. 1880 Nr. 30 S. 223.)

Als Ersatz für die, dem leichten Verderben unterliegende Fehling'sche Lösung schlägt Schreiter vor: Natr. salicyl. 1,0; Cupr. sulfur. 1,0; Natr. caustic. 5,0; Aq. destillat. 20,0. Man erhält eine hellblaue Flüssigkeit, welche filtrirt werden muss. Kocht man von der so erhaltenen Lösung eine Probe im Reagensglase, so soll bei Anwesenheit der geringsten Menge Zucker eine Reduction zu ziegelrothem Oxydul eintreten, bei Abwesenheit von Zucker wird das Kupfer zu Oxyd reducirt. Diese Lösung soll sich gut conserviren lassen.

Schulz.

---

16. **Moncorvo & da Sylva Aranjo, Sur le traitement de l'éléphantiasis des Arabes par l'emploi simultané des courants continus et des courants intermittents.** Ueber gleichzeitige Anwendung des constanten und des inducirten Stromes bei Behandlung der Elephantiasis Arabum. (Compt. rend. t. 90 N. 16 p. 933.)

Die genannte Krankheit ist in Brasilien ungemein häufig und wird in der Regel, jedoch ohne genügenden Erfolg mit methodischer Compression der erkrankten Theile behandelt. Anwendung des constanten Stromes erweicht die infiltrirten Gewebe, der darauf einwirkende inducirte fördert die Resorption. Eine Anzahl completer Heilungen wurden durch das Verfahren erzielt. N. Zuntz.

---

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.



Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen nebst Titel und Register.

# Centralblatt für KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigirt von

**Dr. H. Rühle,** Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

**Dr. D. Finkler,** Privatdocent und Assistent an der medicin. Klinik in Bonn.

**1880. 15. Mai. Nro. 12.**

**Inhalt.** Referate: 17. **Wolff,** Ein rapid verlaufener Fall von Purpura mit tödtlichem Ausgang. — 18. **Brand,** Misshandlungen eines Kindes — Tod durch acute Miliartuberculose. — 19. **Danillo,** Zur pathologischen Anatomie des Rückenmarks bei Phosphorvergiftung. — 20. **Buzzard,** Clinical lectures on locomotor ataxia. — 21. **Leube,** Beiträge zur Pathogenese und Symptomatologie der Chorea und zur Beurtheilung des Verhältnisses derselben zur Athetose. — 22. **Guttmann,** Pneumopericardium, entstanden durch Perforation eines runden Magengeschwürs in den Herzbeutel. — 23. **Lindmann,** Zur Casuistik seltener Herzerkrankungen. — 24. **Fayrer,** Liver abscess and antiseptic paracentesis. — 25. **Richard,** Ein Fall von Gallen-Ergiessung in die Peritoneal-Höhle ohne Erscheinungen von Peritonitis. — 26. **Lewinski,** Ueber den Zusammenhang zwischen Nierenschrumpfung und Herzhypertrophie. — 27. **Padieu,** Vaccination d'un enfant atteint d'ekzéma de la face et du cuir chevelu. — 28. **Rosenthal,** Kritische Betrachtungen über die jüngst misslungene Justifikation in Raab. — 29. **Chaping,** Etude médico-légale sur les ecchymoses tous-pleurales, de leur présence dans les affections aigues des voies respiratoires chez l'enfant. Paris 1879. — 30. **Paquelin,** Ueber die Werthlosigkeit des phosphorsauren Kalkes als Nutritivum, seine Geschichte in der Physiologie und Therapie. — 31. **Michel,** Ueber subcutane Ergotin-Injectionen. — 32. **Gubler,** De l'Emploi de la Duboisine contre les sueurs des phthisiques et contre certaines formes de delire.

## 17. Dr. A. Wolff, Ein rapid verlaufener Fall von Purpura mit tödtlichem Ausgang.

Ein Knabe von $2^3/_4$ Jahren, in den letzten 6 Monaten vor der Erkrankung gesund, kräftig entwickelt — in den beiden ersten Lebensjahren oft krank. Er zahnte stets mit lebhaften Diarrhöen, lernte spät gehen, hatte verdickte Epiphysen, bekam krumme Beine. Er hatte 2 Jahre alt die Masern, dabei eine lobuläre Pneumonie, bald danach Diphtheritis des Rachens und Larynx. Von da ab trat eine rasche Erkräftigung ein. Am 28. August 1879 war das Kind ganz munter, spielte bis 10 Uhr Abends. 1 Uhr Nachts erwacht es mit Durst, ist hastig, hat heisse Haut. Nach dem Trinken folgt Erbrechen, es werden Mittags genossene Stücke Schweinefleisch entleert; das Erbrechen wiederholt sich mehrmals, es treten mehrere reichliche halbschleimige Stühle ein. Beiderlei Entleerungen waren weggeschüttet worden; von



den anderen Familienmitgliedern, die dasselbe gegessen hatten, war Niemand erkrankt. W. sah das Kind Mittags. Rückenlage, leidender Ausdruck, Pupillen normal, reagiren; Haut trocken, warm, Extremitäten kühl. Puls, Herzstoss unfühlbar, Töne nicht hörbar, rege Rasselgeräusche, normale Perkussion am Thorax und Abdomen, nur Milz fühlbar, Urin unwillkührlich, ohne Blut. Die Haut mit zahlreichen Petechien bedeckt, deren grösste 6—7 mm. Durchmesser haben. Schleimhäute frei davon. Zwischen denselben Haut normal gefärbt. Diese Flecke waren 7 Uhr Morgens zuerst bemerkt worden, binnen 4 Stunden war der ganze Körper damit bedeckt. Von 2 Uhr ab Collaps, Temp. 36,5 im rectum. Tod 4 Uhr. Krankheitsdauer circa 15 Stunden.

Section nach 18 Stunden. Meningen und Hirnsubstanz blutreich, keine Extravasate. Massenhafte kleine Extravasate in der Muskulatur, auf der Serosa des Magens und Darmkanals, wenige auf dem Herzbeutel. Lungen hypostatisch, links unten ein haselnussgrosser abgekapselter Heerd; in den Bronchien schleimig-eitrige Flüssigkeit. Magen und Darm etwas aufgetrieben, sämmtliche Follikel geschwellt, weisslich, ebenso die Peyer'schen Haufen, stark schleimiger Inhalt. Mesenterialdrüsen beträchtlich vergrössert, Milz ebenfalls, weich. Leber normal. Nebennieren stark vergrössert, die linke fast so gross wie eine halbe Niere, dunkelbraunroth, enthalten keine hohlen oder erweichte Stellen. Nieren normal, einige Petechien im Nierenbecken; einige Tropfen trüben Urins ohne Blut in der Blase. Mikroskopische Untersuchung ergiebt nichts Bemerkenswerthes. Die Geschwulst der Nebennieren besteht in hämorrhagischer Infiltration. Die Blutuntersuchung ergiebt nichts Positives. Die Hautflecken sind frische hämorrhagische Heerdchen.

W. glaubt die Hautpetechien nicht von der Nebennierenaffektion ableiten zu sollen, wie dies Bounief in seinem analogen Falle gethan, sondern beide von derselben Ursache. Eine Brüchigkeit der Gefässe konnte nicht constatirt werden, Haemophilie ist in der Familie unbekannt, es muss der eigentliche Vorgang also in das Blut selbst verlegt werden. W. ist geneigt, die Krankheit in die Typhusfamilie zu rechnen; indess sind bisher andere typhöse Erkrankungen in demselben Hause nicht vorgekommen, obwohl die Senkgrube dicht neben dem Brunnen liegt. R.

---

18. **Dr. Brand, Misshandlungen eines Kindes — Tod durch acute Miliartuberculose.** (Eulenberg's Vierteljahrschrift f. gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen. 32. Bd., 2. Heft, p. 259—262.)

In der Mehrzahl der Fälle, in welchen Kinder in Folge längere Zeit fortgesetzter unmässiger Züchtigungen und Misshandlungen, grober Vernachlässigung ihrer körperlichen Pflege und unzureichender Ernährung gestorben sind, ergiebt die Obduction ausser oft zahlreichen Spuren von Verletzungen der Haut, Blutergüssen in das Unterhautgewebe und in die Muskeln, hochgradiger Abmagerung und Blutarmuth, keine pathologischen Veränderungen innerer Organe. — Bei einem Kinde von drei Jahren, welches buchstäblich von seinem Stiefvater durch Schläge, Frost, Einsperren in dumpfer Kammer und Nahrungs-



entziehung zu Tode gemartert war, und welches Verf. als Gerichtsarzt zu obduciren hatte, zeigten sich ausser über den ganzen Körper verbreiteten Verletzungsspuren in vielen inneren Organen, Gehirn, Lungen, Netz, Gekröse, Milz, Leber unzählige Miliartuberkeln. Verf. bringt die äusseren Verletzungen derart mit der Miliartuberkulose in ursächliche Verbindung, dass er annimmt, es seien die durch die Verletzung betroffenen Gewebe der Nekrobiose anheimgefallen und die Miliartuberkulose durch Infektion mit den durch jene Zersetzung entstandenen Detritusmassen herbeigeführt worden. Die Disposition zu solcher Erkrankung sei durch die schlechten hygienischen Verhältnisse, in welchen das Kind seit Monaten lebte, geschaffen worden. Leo.

---

19. **S. Danillo, Zur pathologischen Anatomie des Rückenmarks bei Phosphorvergiftung.** Vorläufige Mittheilung aus dem Laboratorium der Klinik für Gemüthskranke von Prof. J. Mierzejewski. (St. Petersburger medizin. Wochenschr. Nr. 17. 1880.)

D. vergiftete 10 Hunde mit Phosphor, indem er denselben einmal oder wiederholt Dosen von $1/4$ bis 6 Gran, in ol. provinc. gelöst, subcutan einspritzte. Die Lebensdauer nach der Vergiftung betrug 12 Stunden bis 45 Tage. „Die mikroskopische Untersuchung der frischen Präparate behufs Isolirung der Nervenfasern und Gefässe geschah nach der Ranvier'schen Methode (in verdünntem Alkohol, 1:3) oder nachdem das Präparat $1/2$ bis 1 Stunde in $1/3$ bis $1/2$procentiger Osmiumsäurelösung gelegen hatte und darauf in neutralem Carmin von 1 bis 0,75procentiger Lösung gefärbt worden war. „Zur Erhärtung wurde von mir Erlizki's Flüssigkeit (Progrès médical, 1877) benutzt, durch die ich schon nach 2 bis 3 Wochen eine schnittfähige Consistenz des Rückenmarks erzielte. Die Schnitte wurden mit Carmin, oder in einigen Fällen mit Hämatoxylin gefärbt, darauf in 90procentigem Alkohol entwässert, in Nelkenöl übertragen und endlich in Canadabalsam eingeschlossen.“ D. beschreibt die Präparate und sagt: „Man kann mit vollem Recht behaupten, dass der Befund bei Phosphor-Vergiftung mit dem einer akuten Myelitis in allen ihren Stadien zusammenfällt und als eine parenchymatöse Entzündung des Rückenmarks mit ihren Ausgängen aufzufassen ist.“ Er zieht aus seinen Untersuchungen folgende Schlüsse: „1. In kurzer Zeit wiederholte grosse Dosen Phosphor erzeugen akute parenchymatöse Myelitis mit Pigmentanhäufungen und Blutextravasaten. 2. Längere Zeit fortgesetzte kleinere Dosen geben exquisite Myelitiden (M. centralis) in allen ihren Stadien. 3. Indem wir die Phosphorgaben entsprechend dosiren, sind wir im Stande, Myelitiden verschiedener In- und Extensität zu erzeugen, was bis jetzt noch nicht geschehen ist. 4. Bei Phosphor-Vergiftung wird im Rückenmark reichliche Pigmentbildung beobachtet — eine Thatsache, deren Niemand bis jetzt erwähnt. 5. Da durch Phosphor Myelitis erzeugt werden kann, so ist es höchst wahrscheinlich, dass ein Theil des nervösen Symptomencomplexes bei dieser Vergiftung als klinischer Ausdruck der erzeugten Myelitis betrachtet werden darf.“

E. Bardenhewer.

---



20. **Thomas Buzzard, Clinical lectures on locomotor ataxia.** (The Lancet, Nr. 2. 7 und 18. 1880.)

B. begrenzt die hintere Wurzelzone als den bei tabes dorsalis — diesen Romberg'schen Namen findet er passend gewählt, da die Ataxie fehlen kann — primär afficirten Theil, während die Gall'schen Stränge durch sekundäre Degeneration in den sklerotischen Prozess hineingezogen werden, und bespricht im Anschluss an die Demonstration mehrerer Fälle einige Symptome ausführlicher. — Unter den subjektiven Symptomen der tabes sind die Schmerzen an erster Stelle zu nennen. Den Charakter derselben illustrirt B. durch die Beschreibung der Patienten; sie sind meist nicht auf den Distrikt eines Nerven beschränkt wie bei Neuralgie, und längere oder kürzere Zwischenräume trennen die einzelnen Anfälle. Von den Pat. werden sie als rheumatisch bezeichnet und von dem Arzt häufig in ihrer hohen Bedeutung nicht genügend gewürdigt. Erb fand, dass von 56 Fällen die charakteristischen Schmerzen nur in 5 vollständig fehlten und in 3 nur wenig ausgesprochen waren. Von 46 Fällen B.'s fehlten die Schmerzen nur in 1 und waren wenig charakteristisch in einem andern. — Eins der konstantesten objektiven Symptome ist das Fehlen des Patellar-Sehnenreflexes; Erb fand es von 49 Fällen in 48, B. von 30 in 28. Dasselbe deutet natürlich nicht nothwendig auf tabes; bei allen Affektionen, in welchen die Integrität des Reflexbogens aufgehoben ist, muss das Symptom vorhanden sein. In vielen Fällen von akuter Myelitis, Poliomyelitis anterior u. s. w. kann der Reflex nicht hervorgebracht werden. In The Lancet, Nr. 16, 1880 beschreibt B. einen „Fall von Fehlen des Patellar-Sehnenreflexes bei einer Lähmung nach Diphtheritis". In einem der vorgestellten Fälle von ausgesprochener tabes war der Reflex auf der einen Seite vollständig verschwunden, während er auf der anderen in geringem Grade hervorgerufen werden konnte. — In allen vorgestellten Fällen verengerte sich die Pupille nicht auf Lichteinfall, dagegen wohl bei der Akkomodation. Dasselbe Verhalten zeigten von den 51 Fällen Vincent's 40; in 4 verhielten sich die Pupillen normal; in 7 waren dieselben vollständig unbeweglich (nicht kombinirt mit Amaurose). Die Bewegungen der Iris sind nach Donders entweder reflektorisch oder willkührlich; die Verengerung bei einfallendem Licht ist reflektorisch, die bei Akommodation willkührlich. — Bei tabes-Kranken fällt also die reflektorische Verengerung der Pupille aus. Wir haben hier ein interessantes Analagon zu dem Fehlen des Knie-Reflexes. — Einer der vorgestellten Pat. litt an Schmerzen im Hinterkopf, ein anderer an solchen in verschiedenen Stellen des trigeminus-Distriktes, ein anderer an Anästhesie der Zunge, u. s. w. Diese Kopfsymptome bei tabes erklären sich daraus, dass der n. occipitalis major sowohl als der grössere Theil des sensibelen trigeminus-Astes spinalen Ursprungs sind. Für die Ursprungsstelle der letzteren sind in der hinteren Wurzelzone von Pierret dieselben Veränderungen nachgewiesen, wie sie bei tabes überhaupt sich finden. Manche sog. trigeminus-Neuralgie mag tabetischen Ursprungs sein. Die tabetischen Schmerzen sind nicht so genau auf einzelne Zweige des trigeminus begrenzt, wie meist bei Neuralgie; es finden sich keine Schmerzpunkte;



die Schmerzen finden sich häufiger auf beiden Seiten des Kopfes, entweder zugleich oder in Abwechslung. Heftige Kopfschmerzen mit Sehnerven-Atrophie können darum ebensowohl ein Symptom von tabes als von Hirntumor sein. In einem solchen Falle, den B. vorstellt, gab das Fehlen des Knie-Reflexes den Ausschlag. Dasselbe Symptom entschied die Diagnose in einem Falle von Sehnerven-Atrophie mit Pupillen-Symptom und geringem Schwanken beim Gange, sowie in einem andern, wo ausser demselben nur Sehnerven-Atrophie bestand.

E. Bardenhewer.

---

21. **Professor W. O. Leube, Beiträge zur Pathogenese und Symptomatologie der Chorea und zur Beurtheilung des Verhältnisses derselben zur Athetose.** (Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. XXV. Heft 2 und 3. p. 242.)

Die von Hammond als selbständige mit dem Namen Athetose bezeichnete Krankheit, die im Wesentlichen durch eine unaufhörliche unwillkürliche, aber regelmässige Bewegung der Finger und Zehen charakterisirt ist, wird von Bernhardt und Charcot als eine Abart der symptomatischen Chorea (posthemiplegische Hemichorea) angesehen. Für die Mehrzahl der Fälle, die in der That im Gefolge von Hemiplegie, bzw. Gehirnaffection einseitig auftraten, mag die letztere Ansicht richtig sein; häufig aber tritt Athetose bei vorher gesunden Individuen „primitiv", d. h. als selbständige Krankheit auf. Leube beobachtete auf der Erlanger Klinik den nachstehenden diese Frage berührenden Fall, welcher Jahre lang den Symptomen der doppelseitigen Athetose ähnliche Erscheinungen darbot, plötzlich aber in eine scharf ausgeprägte Chorea überging.

Fall I: P. leidet seit einer starken Erkältung vor 4 Jahren an krampfhaften, im letzten Jahr erheblich gesteigerten Zuckungen ohne Schmerzen und Sensibilitätsstörungen. Herz normal. Kurzdauernde, regelmässig alternirende Pronationen und Supinationen der Hände, Flexionen und Extensionen der Finger und Zehen, Zuckungen an den Beinen. Leichter tonischer Krampf des l. Facialis. Mitunter krampfhafte Zuckungen des Rumpfs. Intelligenz etwas reducirt. — Der typisch-regelmässige Charakter der Bewegungen besteht etwa noch 3 Wochen fort, schlägt dann plötzlich in das Bild der ausgesprochensten Chorea um: in unregelmässige, heftigste Zuckungen, die durch psychische Einflüsse, sowie durch active und passive Bewegungen bedeutend gesteigert werden. Beim Aufstehen tritt eine das Leben bedrohende ohnmachtähnliche Schwäche ein. Gleichzeitig wird ein systolisches blasendes Geräusch, anfangs an der Herzspitze, später gegen das Sternum hin am deutlichsten, endlich ein diastolisches Geräusch wahrgenommen. Herzdämpfung nicht vergrössert. Die Zuckungen erreichen allmälig die höchste Intensität, bis auf Morphiuminjectionen (3mal 0,03) etwas Ruhe im Liegen eintritt. Beim Aufsitzen wird P. unter Steigerung der Zuckungen und Beschleunigung des Pulses leichenblass und collabirt. Allmälig bessert sich der Zustand, so dass P. nach 3 Monaten



mit einer mässigen Chorea die Klinik verlässt. Das Herzgeräusch war stationär geworden.

Der tonische Facialiskrampf, der fast gänzliche Mangel einer Incoordination, Unempfindlichkeit der Wirbelsäule auf Druck, das Fehlen psychischer Störung etc. sprach bei der Aufnahme des Kranken gegen die Annahme einer Chorea sensu strictiori. Aber auch auf Hammond'sche Athetose, zu deren Begriff neben der wesentlichen Finger- und Zehenbewegung nur noch leichtes Zittern der Extremitäten und tonischer Krampf des Beins gehört, konnte die Diagnose nicht lauten; wegen der Muskelcontractionen auch anderer Körperpartien war der Zustand vielmehr als „athetoid“ zu bezeichnen. Dagegen handelte es sich später, als allgemeine unregelmässige Zuckungen mit psychischer Störung und Herzgeräuschen eintraten, unzweifelhaft um eine vulgäre Chorea.

L. stellt nun einen Vergleich dieses Falles mit einem ähnlichen von Charcot beschriebenen an, in welchem ebenfalls neben den regelmässigen Finger- und Zehenbewegungen choreatische Symptome in anderen Körperregionen vorkamen. Während Charcot, auf diese und andere Beobachtungen gestützt, die Athetose für eine Abart der Chorea erklärt, glaubt L. mit seinem Fall diese vielleicht richtige Ansicht nicht stützen zu können, weil derselbe sich nur als Chorea mit zeitweise „athetoidem“ Charakter darstellte. „Er beweist wenigstens soviel, dass in einem bestimmten Stadium der vulgären Chorea die Muskelbewegungen einen athetoiden Typus zeigen hönnen, und spricht als solcher zu Gunsten der nahen Verwandtschaft beider Krankheiten.“ Auffällig an dem Fall war, dass mit dem gewöhnlichen Choreabilde auch das oben erwähnte, sicher nicht anaemische, sondern endocarditische Herzgeräusch auftrat, auffallend auch die Neigung zu Ohnmachten beim Aufsetzen und Aufstehen und die damit isochrone Pulsbeschleunigung. Dass den letzteren Symptomen, wie schon a priori wahrscheinlich, Gehirnanaemie zu Grunde lag, nahm L. um so sicherer an, als er den folgenden Fall von Chorea in lebhafter Erinnerung hatte, in welchem unter Delirien der Tod eintrat, und post mortem eine enorme Gehirnanaemie gefunden wurde.

Fall II. Bei einem P. traten 14 Tage nach einer Verletzung der linken Hand durch einen Glassplitter Zuckungen in der rechten Hand, später anhaltende unwillkürliche uncoordinirte Bewegungen am ganzen Körper mit Ausnahme des linken Armes auf. Zahlreiche Schmerzdruckpunkte (besonders am 2. und 3., später auch 4. Brustwirbel). Bei Druck auf die Narbe Reflexzuckungen. Herzbefund normal. In der Folge wird das Sprechen fast unmöglich. Im Sitzen Besserung des Zustandes. Chorea befällt auch den linken Arm. Es treten hinzu Gelenkschmerzen, die aber auf 10,0 Natr. salicyl. verschwinden. Unter enormer Steigerung der Choreabewegungen wird P. zeitenweise tobsüchtig und leidet an Verfolgungswahn. Hohe Dosen Chloral und Morphium haben nur vorübergehenden Erfolg. Unter Athemnoth und Cyanose erfolgt der Tod. Die Section ergab: Verwachsung beider Hemisphären im Längssinus. Anaemie der Hirnrinde und der



**grauen Substanz des Streifenhügels und Kleinhirns**, ebenso **der grauen Substanz des Rückenmarks.** An den Extremitäten-Nerven nichts Abnormes. Frische Endocarditis (feinste körnige Wucherungen) der Mitralis und der Aortenklappen. Es lag in diesem Fall bei Lebzeiten nichts näher, als an eine Neuritis zu denken, die von der Verletzung an der linken Hand ausgehend und ascendirend zu secundären Entzündungen im Centralorgan geführt haben könnte. Von letzteren aber fand sich post mortem keine Spur, im Gegentheil die weit verbreitete intensive Anaemie der grauen Substanz. Ebenso ergab eine genaue mikroskopische Untersuchung des N. medianus, des Rückenmarks und der grossen Gehirnganglien keine Abnormität. Im Rückenmark fehlten histologische Veränderungen sicher, im Gehirn und peripheren Nervensystem sehr wahrscheinlich. Sind daher neuerdings auch wiederholt positive histologische Befunde bei Choreaieichen bekannt geworden, so ist doch in Hinblick auf den vorliegenden, sowie auf manche andere Fälle die grösste Vorsicht geboten in der Verallgemeinerung der Befunde für die Pathogenese. Festzuhalten ist freilich an der Thatsache, dass Veränderungen in den grossen Hirnganglien und im Rückenmark häufig mit Chorea zusammenfallen. Diese Thatsachen sind aber nichts weiter als „Wegweiser für die Auffindung der Bahnen, auf welchen die Choreaursache auf das Nervensystem einwirkt". Die Nervenbahnen können afficirt werden durch anatomische Veränderungen, aber auch durch chemisch wirkende Stoffe. So ruft z. B. die Quecksilberintoxication schwere Choreen hervor. Da Endocarditis und Chorea, Chorea und Gelenkentzündungen häufig combinirt sind, so liegt es nahe, für Chorea und acuten Rheumatismus mit Endocarditis dieselbe Krankheitsursache anzunehmen. Dagegen spricht Manches, vor Allem das Fehlen des Fiebers selbst bei den schwersten Fällen von Chorea, während dieses die Polyarthritis fast ausnahmslos begleitet. Würde man die Endocarditis als Mittelglied zwischen der Krankheitsursache und der beiden Effecte herbeiziehen — wie denn neuerdings die unzweifelhaft vorkommende Embolisirung gewisser Hirnpartien mit entzündlichen Producten des Endocards pathogenetisch für die Chorea betont wird — so wäre es doch merkwürdig, wenn bei Herzleiden nicht öfter Chorea, bei Chorea aber nicht Embolien auch anderer Organe vorkämen. Man kann also nicht mehr schliessen, als „dass das Ueberstehen eines Rheumatismus acutus zur Entstehung der Chorea disponirt, dass die die letztere Krankheit complicirende Endocarditis jedenfalls durchaus nicht immer das Mittelglied bilden muss für die Entstehung der Chorea, dieselbe vielmehr höchst wahrscheinlich, wie die choreatische Nervenaffection selbst, Einer Krankheitsursache vielleicht chemisch-infectiöser Natur ihre Entstehung verdankt."

Mit Bezug auf die in beiden Fällen beobachtete Gehirnanaemie und Pulsbeschleunigung spricht L. die Vermuthung aus, „dass vielleicht an eine Beeinflussung der vasomotorischen Nerven durch die Chorea zu denken ist, und in der plötzlich gesteigerten Pulsfrequenz beim Aufsitzen eine in Folge der Gehirnanaemie bedingte Aufhebung der Zügelung der Herzthätigkeit durch die Vagusfasern gesehen werden darf."

Stintzing (München).

---



22. **Dr. Paul Guttmann, Pneumopericardium, entstanden durch Perforation eines runden Magengeschwürs in den Herzbeutel.** (Berl. klin. Wochenschr. 1880. Nr. 16.)

Ein 36jähriger Arbeiter wurde mit einem rechtsseitigen Pleuraexsudat (Dämpfung hinten bis zur 8. Rippe) und geringem Fieber (Maximum 38,4) aufgenommen. Vier Tage später steigt die Temperatur bis 40,8. Sensorium klar, starke Dispnoe, Cyanose, Beängstigung in der Herzgegend mit Schmerz. Schon fussweit vom Bett vernimmt man den Herzschlag als ein lautes metallisches Pochen. Der 1. Ton ist bei der Auscultation von exquisit-metallischem, hohem Klange, der 2. fehlt. Am ganzen Abdomen der 1. Ton ebenso, dabei ein schwacher 2. Ton. Perkussion in der Herzgegend in grossem Umfange laut und tief tympanitisch; nach oben bis zur 2. Rippe, nach links bis zur vordern Axillarlinie, nach rechts 3 ctm über den rechten Sternalrand, nach unten in den gleich hohen tympanitischen Schall des Magens übergehend. Herzgegend hervorgewölbt, Herzstoss diffus im 5. Intercostalraum. Unterleibsorgane normal. Puls 130, zwei Tage danach erfolgt der Tod unter Zunahme der Cyanose und Dyspnoe. Die Section zeigt nach vorsichtiger Wegnahme der ganzen vordern Thoraxgegend den enorm durch Luft aufgetriebenen Herzbeutel, fast genau in den durch die Perkussion bei Lebzeiten angegebenen Grenzen, in maximo 24 ctm Breitendurchmesser; Lungen völlig zur Seite gedrängt. Im rechten Pleurasack eine mässige Menge serösen Exsudats. Die Brust- und Baucheingeweide werden im Zusammenhang herausgenommen. Bei Aufschneiden des Oesophagus bis in den Magen fällt sofort der Herzbeutel zusammen, spannt sich aber wieder, sobald auf den Magen gedrückt wird. Dicht an der Cardia findet sich an der Hinterwand der kleinen Curvatur eine regelmässig ovale, glattrandige 1,5 ctm lange, 1 ctm breite Oeffnung, welche sich an der tiefsten Stelle eines vernarbten Magengeschwürs von mehr als 10 Pfennigstück-Grösse befindet; dieselbe führt direkt in das Pericardium durch das mit dem Magen verwachsene Zwerchfell. Im Herzbeutel findet sich an der untersten Stelle desselben, an der hinteren Wand eine glattrandige, rundliche, 1 ctm breite Oeffnung, welche durch einen 1½ ctm langen, geraden, glattrandigen Kanal in den Magen führt. Pericarditis mit eitrigem Belage, 30 grm eitriger Flüssigkeit. — Am Schluss giebt G. das Verzeichniss der bisherigen Litteratur des Pneumopericardium. R.

---

23. **Jacob Hendrik Lindmann, Zur Casuistik seltener Herzerkrankungen.** (Deutsches Archiv für klin. Medic. 25. Bd. 4. u. 5. Heft. S. 498.)

Ueber Aortaklappenzerreissungen handelt der erste Abschnitt der als Inaugural-Dissertation dienenden Arbeit. Veranlassung zu dieser Abhandlung gab folgender in der medicinischen Klinik zu Giessen beobachtete einschlägige Fall: Ein 37jähriger, kräftiger, bis dahin gesunder Mann fällt während eines raschen Laufs plötzlich zusammen; er hat dabei das Gefühl, als ob in der Brust irgend ein Organ risse, zugleich stellt sich Athemnoth und Schwindelgefühl ein. Von da an



behält er Athemnoth, Husten (einigemal mit Blut-Auswurf) und zeitweiliges Herzklopfen. Circa 5 Monate nach dem Unfall wird Patient in die Klinik aufgenommen, woselbst man auf Grund der charakteristischen physikalischen Symptome eine Aorteninsufficienz diagnostizirt. $3^{1}/_{2}$ Wochen später tritt nach wiederholten heftigen asthmatischen Anfällen der Exitus letalis ein. Als Ursache einer beträchtlichen Insufficienz der Aortenklappen ergab die Sektion den Befund einer Abreissung zweier entzündlich miteinander verwachsenen Klappen von ihrer Ansatzstelle an der Aortenwandung.

L. gibt nun eine kurze Uebersicht der die Klappenzerreissungen behandelnden Veröffentlichungen. In einem 1865 erschienenen Werke von Peacock finden sich 17 Fälle von Klappenzerreissungen zusammengestellt. L. fügt diesen 17 Fällen 12 weitere hinzu und entwirft auf Grund dieses Materials folgendes Krankheitsbild der Aortenklappenzerreissungen: Als ätiologisches Moment lassen sich in den meisten Fällen heftige Muskelactionen nachweisen. Einige zogen sich die Affektion zu durch Fall auf die Brust, andere durch Sturz von einer Treppe, wobei die betreffenden Personen sich während des Falles an irgend einen Gegenstand zu halten gesucht hatten. Fast ausschliesslich werden Männer, und zwar im mittleren Lebensalter (19—54 Jahren) von Aortenklappenruptur befallen. Die anatomischen Untersuchungen ergaben in Betreff der Lage, der Richtung, der Grösse und der Beschaffenheit der Ruptur die verschiedenartigsten Befunde. Sehr häufig findet man an den zerrissenen Klappen sonstige krankhafte Veränderungen: Rigidität, Verdickung, Verwachsung, von denen es fraglich ist, ob sie schon vor dem Unfall bestanden, oder ob sie Folge der Verletzung sind. Rokitansky ist der Ansicht, dass den Klappenzerreissungen meist entzündliche Gewebslockerung vorhergehe. Was die Symptomatologie anbelangt, so fühlten die Patienten unmittelbar nach dem erlittenen Unfall einen plötzlichen heftigen Schmerz in der Herzgegend, dem in einzelnen Fällen das Gefühl voranging, als ob in der Brust irgend ein Organ entzweirisse. Hierzu gesellte sich Ohnmacht, oder das Gefühl von Erstickung und Oppression, ferner Athemnoth und bisweilen Herzklopfen. In zwei Fällen wollen die Patienten unmittelbar nach dem Trauma einen eigenthümlichen Ton gehört haben, der sich von der Brust nach dem Halse und den Ohren erstreckte. In einem Falle vernahm der Kranke ein rhythmisches, singendes Geräusch, das ihn am Einschlafen verhinderte. Die physikalische Untersuchung ergab die Zeichen der Aorteninsufficienz. Der Tod erfolgte in einem Zeitraume von 14 Tagen bis 5 Jahren nach erlittenem Trauma. Für die Ansicht Forster's, dass der Tod früher eintrete, wenn diejenige Aortenklappe zerrissen sei, die der Einmündung einer der Coronararterien entspräche, kann L. nur in zwei Fällen eine Stütze finden.

Ein Fall von Stenose des Conus arteriosus aortae, lautet die Ueberschrift des zweiten Abschnittes. Die Sektion eines auf der Giesener medicinischen Klinik verstorbenen 19 Jahr alten Mannes, der seit seiner Kindheit einen „Herzfehler" hatte, bestätigte in Bezug auf die Erkrankung verschiedener anderer Organe die klinische Diagnose,



ergab jedoch statt der erwarteten Stenose der Aorta selbst eine Stenose an dem Arterienconus der Aorta. Die Klappen der Aorta vollständig sufficient, das Ostium nicht verengt; unterhalb des Taschengrundes ein derbes, circulär verlaufendes, zum Theil mit scharfer Kante vorspringendes, weisses Gewebe, welches ein neues, kaum für die Kuppe des kleinen Fingers durchgängiges Ostium von 4 cm. Umfang bildet. L. fand nur noch 3 Fälle von Stenose des Conus arteriosus aortae veröffentlicht, er theilt dieselben mit. Was die Entstehung der Stenose des Conus art. aortae betrifft, so ist L. der Ansicht, dass dieselbe in das früheste Lebensalter resp. in das intranterine Leben zu verlegen sei. Eine analoge Erkrankung am rechten Herzen findet sich einigemal beschrieben. Zwei Momente glaubt L. für die Diagnose einer derartigen Stenose verwerthen zu können:

1. den Umstand, dass Erscheinungen eines Herzleidens in den ersten Lebensjahren bestehen, 2. den Umstand, dass man die Symptome einer reinen Aortenklappenstenose findet, ohne dass diese getrübt werden durch die einer Aorteninsufficienz.

Zum Schluss glaubt L. noch hervorheben zu müssen, dass in den 4 mitgetheilten Fällen der Spitzenstoss deutlich sicht- und fühlbar war. Er schliesst daraus, dass die Abschwächung oder das Fehlen des Spitzenstosses nicht, wie allgemein angenommen werde, ein der Aortenstenose als solcher zukommendes Symptom sei, sondern von einer complicirenden Erkrankung (z. B. atheromatösen Erkrankung der grossen Gefässe oder pericardialen Verwachsungen) bedingt sei.

Ungar.

---

24. **J. Fayrer, Liver abscess and antiseptic paracentesis.** Leber-Abscess und antiseptische Paracentese. (The Lancet, N. 17, 18 u. 19. 1880.

F. beschreibt ausführlich einen Fall von Leber-Abscess, welchen Lister antiseptisch incidirte und, ohne Ausspülungen, verband. Pat. war bald vollständig genesen. F. befürwortet diese Behandlungsweise. Mit Zugrundelegung von 10 anderen interessanten Fällen, welche zum Theil nach Paracentese, zum Theil nach spontanem Durchbruch in Lunge oder Magen heilten, bespricht er die Symptomatologie der Leber-Abscesse. Bei Besprechung der internen Behandlung redet er dem ammonium chloratum das Wort. Mit Bezug auf die Frage nach dem Verhältniss zwischen Leber-Abscess und Dysenterie glaubt F., dass beide Krankheiten, von einander unabhängig, denselben Ursachen ihre Entstehung verdanken und deshalb häufig gleichzeitig vorhanden sind. Der einfache tropische Leber-Abscess entwickelt sich aus genuiner Hepatitis; doch kann die Dysenterie zur Entstehung pyämischer Abscesse Veranlassung geben; diese treten meistens multipel auf und geben eine schlimmere Prognose. Ueber das Vorkommen von Leber-Abscess resp. Hepatitis bei den englischen Truppen an verschiedenen Stationen gibt F. interessante statistische Mittheilungen, aus denen unter Anderem hervorgeht, dass die Europäer in China und Indien der Hepatitis viel mehr unterworfen sind, als in Westindien. Während z. B. 1870 in



Madras von 9936 Mann 635 Fälle zur Beobachtung kamen, zählte man in Westindien von 1432 Mann nur 2. Madras nimmt, was die Zahl der an Hepatitis Erkrankten angeht, die erste Stelle unter den Stationen Indiens ein, da es mehr tropisches Klima hat als die anderen.

E. Bardenhewer.

---

25. **Dr. Richard, Ein Fall von Gallen-Ergiessung in die Peritoneal-Höhle ohne Erscheinungen von Peritonitis.** (Gazette hebd. de med. et chir. 18. 1880.)

Die mitgetheilte Beobachtung betraf einen 35jährigen Araber, welcher bei seinem Eintritt in das Hospital eine beträchtliche Auftreibung des Abdomens darbot, die 2 Monate zuvor begonnen und vor 5 Tagen plötzlich in rapider Weise zugenommen haben sollte. — Ausser einem bedeutenden Verfall der Körperkräfte waren sonstige subjektiv oder objectiv nachweisbare krankhafte Veränderungen nicht vorhanden. — Bei der 14 Tage später wegen eingetretener hochgradiger Dispnoë vorgenommenen Paracentese wurde ein Fluidium entleert, 13,5 Kilo, das von alkalischer Reaction, stark eiweisshaltig und ausserdem reich an Gallenbestandtheilen war. — R. vermuthete daher bei der Punktion die Gallenblase verletzt zu haben. — Die in der Folgezeit noch 2mal wiederholte Ablassung der Flüssigkeit — es wurden dabei 8,5 bezw. 5,8 Kilo entleert — ergab indess bezügl. der Zusammensetzung derselben das gleiche Resultat, wie bei der ersten Analyse. — Der Tod des Kranken erfolgte am 2. Tage nach der letzten Paracentese und am 30. Tage nach seinem Eintritt unter zunehmenden dyspnoëtischen Erscheinungen und dem Bilde allgemeiner Kachexie. — Eigentliche peritonitische Symptome waren in dem ganzen Krankheits-Verlaufe nicht hervorgetreten. — Der Sections-Befund war hauptsächlich folgender: Multiple Echinococcen-Geschwülste in der Leber und in dem Netze. — Compression zweier Gallengänge 3. Ordnung und geschwüriger Aufbruch derselben, bedingt durch eine Cyste an der Basis der Leber; von dieser ausgehend eine intraperitoneale Gallenfistel. — Zur Erklärung der Abwesenheit peritonitischer Reizerscheinungen hält Verf. zwei Möglichkeiten bereit. — Die Compression der vena porta durch die Tumoren hat einen Ascites bedingt, welcher die durch die Fistel sickernde Galle diluirte, wodurch letzterer die irritativen Eigenschaften benommen wurden. — Diese Annahme setzt die Präexistenz des ascites voraus, die aber mit Sicherheit nicht supponirt werden kann. — Andererseits, meint R., könnte man auch denken, dass der Aufbruch der Echinococcus-Cyste in die Peritoneal-Höhle das Erste war und der Cysten-Inhalt die Verdünnung der Galle besorgt habe. — Aber damit ist, wie R. selbst zugesteht, das Problematische des eigenthümlichen Befundes noch in keiner Weise beseitigt, da Austritt von Galle in die Bauchhöhle wohl immer stärkere peritonitische Reizungen veranlasst.

Eversbusch (München).

---



26. **Lewinski, Ueber den Zusammenhang zwischen Nierenschrumpfung und Herzhypertrophie.** (Zeitschrift f. klin. Med. I. Bd. 3. Heft.)

Gegen die Traube'sche Theorie, welche die Hypertrophie des Herzens erklärt aus der Steigerung des Blutdrucks infolge der Verödung vieler Nierengefässe und dadurch bedingter Abnahme der ausgeschiedenen Flüssigkeitsmenge werden vorzüglich die Einwände erhoben,

1) sei die Menge der ausgeschiedenen Flüssigkeit bei Schrumpfniere vergrössert,

2) dass Unterbindung der beiden Nierenarterien nur vorübergehend den Blutdruck in der Aorta steigert.

L. rechnet aus, obwohl er derartigen Rechnungen nur einen approximativen Werth zuerkennt, dass die Blutmenge, welche bei Abklemmung der Nierenarterien in das Aortensystem gedrängt wird, eine Druckerhöhung in diesem zu Stande bringen müsste, wenn nicht durch active Erweiterung anderer Gefässe Compensation einträte. Wenn aber diese Compensation beobachtet wird bei Experimenten, in welchen durch Abklemmung der Arterien plötzlich die Veränderung in der Blutvertheilung eintritt, so ist daraus noch nicht zu schliessen, dass dieselben Verhältnisse obwalten bei den allmählich sich entwickelnden Prozessen der Nierenschrumpfung. Nach dieser Betrachtung richtete L. seine Experimente so ein, dass er:

auf die Veränderung des Blutdrucks schloss aus der bei der Section erkannten Wanddicke des linken Ventrikels, und dass er

die Abklemmung der beiden Nierenarterien nur unvollständig erzeugte, durch Zusammenschnüren mit Fäden. (Entgegen der Ansicht Littens hält L. wenigstens für die hier interessirende Frage die art. renal. für Endarterien. Die Versuche, unter vielen Cautelen angestellt, ergaben den Schluss: „dass eine längere Zeit dauernde Beschränkung des Nierenkreislaufs, wie sie durch Einengung der Nierenarterien bedingt wird, eine Hypertrophie des linken Ventrikels hervorzurufen im Stande ist".

Für die Erhöhung des Blutdrucks bei Schrumpfniere mit Herzhypertrophie spricht die klinisch nachweisbare Spannungszunahme des Aortensystems. Dilatation der Körperarterien, also auch der Aorta, ist nur möglich durch Erhöhung des in ihr herrschenden Blutdrucks und auch die Compensation der Strömungshindernisse im Gefässgebiet der Niere verlangt Erhöhung des Aortendrucks.

Aus alledem ergeben sich als feststehend 2 Facta:

1. „dass Strömungshindernisse einer gewissen Grösse in der Blutbahn der Nieren im Stande sind, Herzhypertrophie zu erzeugen, 2. dass diese Herzhypertrophieen die Bedeutung haben, jenes Strömungshinderniss zu compensiren, was nur durch eine Erhöhung des Blutdrucks vermittelt werden kann.

Zu widerlegen ist noch die Anschauung, dass nicht die mechanischen Verhältnisse, sondern die Retentiou durch den Harn auszuscheidender Stoffe als Reiz auf das Herz wirkend, die Hypertrophie zu Stande bringt. Hier kann nur zugegeben werden, dass eine Vermehrung des Harnstoffgehaltes einen Reiz auf das Herz ausübt, welcher Effekt aber vielleicht nur ganz vorübergehend ist. Die Versuche



mit Injection von Harnstoff leiden an dem Fehler, dass die Menge des injicirten Harnstoffs zu enorm war, als dass noch ein Vergleich mit dem Harnstoffgehalt des Blutes der an Nierenschrumpfung Erkrankten erlaubt wären; bei solchen behält das Blut oft sehr lange normale Beschaffenheit und Mischungsverhältnisse.

Nach genauerer Analyse der Druckverhältnisse in der Aorta bei theilweiser Verlegung des Nierenkreislaufs und nach Erwägung des Punktes, dass die Erweiterung kleiner Arterien und der Capillaren, welche trotz jener Gefässverödung die Erhöhung des Aortendrucks verhindern konnte, bei der Schrumpfniere nicht zu Stande kommt, giebt L. seine Auffassung des Zusammenhangs zwischen Nierenschrumpfung und Herzhypertrophie:

„Durch die bei der Nierenschrumpfung auftretende Verödung eines grösseren Theils der kleineren Gefässe und Capillaren der Nieren entsteht ein Strömungshinderniss im Gebiete der Art. renal. Dieses bedingt an sich ceteris paribus nur eine Steigerung des Minimaldrucks in der Aorta, dagegen keine Veränderung des Maximaldrucks, demnach auch keine nennenswerthe Abweichung des Mitteldrucks von der Norm. Erst wenn trotz der Erhöhung des durch den Minimaldruck ausgedrückten Widerstandes in der Aorta der linke Ventrikel dennoch seinen ganzen Inhalt entleert (also erst durch Combination von Strömungshinderniss in dem Gefässgebiet der Nieren und erhöhter Arbeitsleistung des Herzens), gesellt sich zu der schon bestehenden Erhöhung des Minimaldrucks auch eine Steigerung des Maximaldrucks; demnach wächst jetzt auch der Mitteldruck in der Aorta, und zwar so lange, bis durch die entsprechende Beschleunigung der Blutbewegung die durch Verkleinerung der Bahn entstehende Schädigung ausgeglichen ist. Gleichzeitig contrahiren sich die glatten Muskeln der kleinen Gefässe in den übrigen Organen des Körpers, um den auf ihrer inneren Oberfläche lastenden abnorm hohen Druck für die Ernährung der betreffenden Gewebe zu compensiren. Schliesslich führt aber die anhaltend erhöhte Thätigkeit des Herzens und der Muskulatur der kleinen Gefässe zu einer Hypertrophie dieser beiden.“ Finkler.

---

27. **Padieu, Vaccination d'un enfant atteint d'ekzéma de la face et du cuir chevelu.** Impfung eines mit Ekzem des Gesichts und des behaarten Kopfes behafteten Kindes. (Gazette des hôpitaux, Nr. 52. 1880.)

P. impfte einen 8 Monate alten Knaben, der an Ekzem des Gesichts und des behaarten Kopfes litt. Bei Anderen nahm die Impfung mit derselben Lymphe den normalen Verlauf. Bei dem Knaben dagegen traten am 6. Tage zugleich mit den Pusteln an den Impfstellen auf den Armen, in konfluirender Eruption ungefähr 200 weitere Pusteln auf, welche jedoch nur die ekzematösen Stellen einnahmen; dabei Fieber, Erbrechen, Diarrhoe u. s. w. Zugleich bekam die Mutter des Knaben Vaccine-Pusteln auf einer Wange, an einem Augenlid und an der Zunge, trotzdem die Haut unversehrt war, und ebenso die Bonne des



Knaben. Die Mutter hatte, um den Knaben zu beruhigen, den Kopf desselben häufig gegen ihre Wange gedrückt.

In der Sitzgng der société médicale des hôpitaux vom 24. April a. c. (s. Gazette des hôpitaux, Nr. 49) theilte Besuier einen Fall mit, wo von Einer Impfpustel auf dem Arme aus bei einem an Ekzem leidenden Kinde eine allgemeine vaccinale Eruption auftrat, die das Kind in Lebensgefahr brachte. Ueber ähnliche Fälle von ausgebreiteter Vaccine-Eruption berichten Hervieux, Gérin Roze u. A.; sie betraf Kinder mit und auch ohne vorgängige Hautaffektion.

E. Bardenhewer.

---

28. **Prof. M. Rosenthal, Kritische Betrachtungen über die jüngst misslungene Justifikation in Raab.** (Wien. med. Presse Nr. 18.)

Jener Fall von missglückter Hinrichtung eines Raubmörders, der noch 23 Stunden nach der Abnahme vom Galgen am Leben blieb, veranlasst R. seine durch eine Beobachtung am Menschen und durch Versuche an Thieren gewonnene Erfahrung über den Scheintod mitzutheilen. Selbst das völlige Fehlen der durch Respiration und Circulation veranlassten auscultatorischen Phaenomene könne nicht über den wirklichen Eintritt des Todes entscheiden. Die Contractionen des Herzens, welche das Erlöschen der Respiration ziemlich lange überleben könnten, könnten so matt sein, dass sie für das auscultirende Ohr und für die zufühlende Hand nicht mehr erkennbar seien; die Oscillationen einer durch die Brustwand in's Herz eingestochenen Nadel hätten dann bei den Thierversuchen die Fortdauer der Herzaction angezeigt. Die Acupunctur des Herzens empfehle sich daher auch als vortreffliches Explorativmittel, um bei Justificirten die Herzkontraktion und deren Ablauf controliren und abschätzen zu können. Ferner empfiehlt R. bei vorkommenden Fällen von Scheintod auf ein schwaches, dumpfes, aussetzendes Geräusch zu achten, welches er in einem einschlägigen Falle bei der Auscultation des Herzens wahrgenommen habe und welches später auch Bourneville bei einem Scheintodten beobachtet habe.

Ungar.

---

29. **Dr. Henry Chaping, Etude médico-légale sur les ecchymoses tous-pleurales, de leur présence dans les affections aigues des voies respiratoires chez l'enfant. Paris 1879.** — Medizinisch-forenzische Studie über die subpleuralen Ecchymosen, ihre Gegenwart bei acuten Affectionen der Luftwege bei Kindern. (Gaz. méd. de Paris No. 13. 1880.)

Die Arbeit enthält 28 Necropsieen, in zwei Abtheilungen. Der erste Theil enthält Beobachtungen „über Affectionen, bei denen bis jetzt keine oder nur selten subpleurale Ecchymosen angegeben wurden", wie bei Erysipelas faciei und Verbrennungen durch Dampf. Zwei Fälle betreffen Vergiftungen mit Cyankali, ein Fall Epilepsie, einer einen todtgeborenen, einer einen zu früh geborenen Foetus. — Der zweite Theil behandelt die subpleuralen Affectionen bei acuten Affectionen der



Luftwege bei Kindern. Von Henri Roger waren diese schon bei Bronchopneumonie, von Jules Simon, Duchamp u. s. w. bei Keuchhusten, von Simon, Sonné u. s. w. bei Masern mit Lungencomplication, endlich von Brouawel bei Catarrhus suffocativus beobachtet. Verf. erwähnt acht Fälle von Catarrhus suffocativus. Einer betraf einen Erwachsenen, die anderen Kinder. Weiter zwei Fälle von Pleuritis. — Ob in den Gehirnhäuten solche vorhanden waren, und über ihre Form findet sich keine Mittheilung. Roux.

30. **Dr. Paquelin, Ueber die Werthlosigkeit des phosphorsauren Kalkes als Nutritivum, seine Geschichte in der Physiologie und Therapie.** Allgemeine Wiener mediz. Zeitung. 1880. Nr. 13—15.

Da der phosphorsaure Kalk im Organismus die grösste Verbreitung aufweist, sowie das vorwaltende Salz in unseren Nahrungsmitteln ist, hat man ihm eine grosse nutritive Bedeutung beigelegt. Dem tritt P. auf Grund physiologischer Betrachtungen, die er in Lehrsätzen formulirt, entgegen: Die Circulations-Flüssigkeiten Chylus, arterielles und venöses Blut, sowie die verschiedenen organischen Gewebe, Galle und Knochensystem ausgenommen, enthalten nur Spuren von phosphorsaurem Kalk. Das in den Nahrungsmitteln eingeführte Salz geht durch Einwirkung der Magensäure in das lösliche Biphosphat über, wie es die pharmaceutischen Präparate bieten, im Darm aber unter der doppelten Alkali-Wirkung des Darm- und Pancreas-Saftes wird wieder eine grosse Menge desselben als unlösliches Phosphat niedergeschlagen und erhält sich wegen der nur noch geringen Ansäuerung der Chymusmasse nur eine geringe Menge lösliches Biphosphat. Thierversuche ergaben, dass beide Salze (lösliches und unlösliches) ganz und gar in den Dejectionen wiedererscheinen. Die antidiarrhoische Wirkung mancher phosphorsauren Kalk enthaltenden Präparate — wie Reisabsud, Decoct. alb. Sydenhamii, ossia pulverata, pulv. ocul. cancrorum — beruhe darauf dass es sich der Endosmose widersetze. Wie Versuche verschiedener Autoren ergaben, ist das Körpergewicht von Versuchsthieren unter Fütterung mit löslichen Kalkphosphaten im Vergleich zur Gewichtszunahme bei unvermischter, sonst gleicher Nahrung theilweise erheblich zurückgeblieben, am meisten bei Fütterung mit lacto-Kalkphosphaten. Daher folgert er ihre antinutritive Wirkung. Es wird also nur ein sehr geringer Theil des in der Nahrung reichlich enthaltenen Kalkphosphates als Biphosphat resorbirt, das ungelöste vermehrt die Consistenz der Faeces. Das Kalkphosphat der Knochen entstehe auf dem Wege des doppelten Austausches aus dem kohlensauren Kalk und den alkalischen Phosphaten. Die ziemlich grosse Menge von phosphorsaurem Kalk im Urin, obwohl doch so wenig von diesem Salz resorbirt wird, entstehe nach seinen sowie anderer Autoren Versuchen in der Blase selbst als direktes Zersetzungs-Produkt, ebenso bildeten sich die Erdphosphate der Galle. Die appetiterregende Wirkung der Kalkphosphate beruhe auf der Erregung des Hungergefühls, da sie eben nicht resorbirt würden. Die löslichen Kalkphosphate wirken therapeutisch wie die Säuren. Bartold.



31. **Dr. Josef Michel, Ueber subcutane Ergotin-Injectionen.** (Gaz. hebd. de med. et chir. Nr. 18. 1880.)

Nach einem längeren Resumé der Indicationen des Secal. corn., wobei besonders der Gebrauch desselben bei Hämorrhoidal-Knoten und verschiedenen Affectionen des Nerven-Systems empfohlen wird, wendet sich Verf. der Frage zu, ob bezüglich der Wirkung des Mittels eine Differenz bestehe zwischen der Darreichung in Substanz und der in Form des Extractes mittelst Injectionen. — Er bejaht dieselbe zu Gunsten des letzteren, weil das Mutterkorn sich durch einen äusserst wechselnden Gehalt des Alkaloids charakterisirt (4—10 %). — Bezüglich der Applikation des Ergotins räth Michel von einer directen Anwendung, speziell bei Leiden des Uterus, dringend ab, weil häufig entzündliche Reactionen darnach auftreten und andrerseits der Effekt der subcutanen Methode der gleiche, wie der der localen ist. — Ein grosses Gewicht legt Verf. auf die Form der Lösung. — Die Langenbeck'sche Vorschrift wird verworfen, weil die Injection sehr schmerzhaft ist und leicht locale Entzündung des Unterhautzellgewebes hervorruft. — Ebenso ist das sogen. Extr. aquos. Bonjeau kein geeignetes Präparat, weil seine Qualität nicht immer die gleiche ist. — Dagegen verdient das Catillon'sche Ergotin (Ergotin. alcohol. 1,0; Glycerin. puriss. 5,0; Aq. destill. 4,5; Aq. lauroc. 0,5) die wärmste Empfehlung. — Das Auftreten von Intoxications-Erscheinungen nach längerem Gebrauch des Mittels in Gestalt des sogen. Ergotismus wird von Michel geleugnet.

Eversbusch (München).

---

32. **M. A. Gubler, De l'Emploi de la Duboisine contre les sueurs des phthisiques et contre certaines formes de delire.** Ueber den Gebrauch des Duboisin gegen Schwitzen der Phthisiker, und gewisse Formen von Delirium. (Ref. aus dem Journ. de Therap. No. 3. 1880. L'Union méd. No. 47. 1880.)

Das Duboisin ist dann indicirt, wenn das Gehirn hyperämisch ist und die Pupille verengt. Gegen das Schwitzen der Phthisiker gibt G. es in subcutanen Injectionen von 0,5 — 1 milligramm pro dosi. In einem Falle von Delirium, wo die Pupillen verengt waren, das Auge injicirt, gab G. eine hypodermatische Injection von 1 milligramm mit Erfolg.

Roux.

---

## Neue Bücher.

Alibert, Contribution à l'etude clinique du mal de Bright Paris, Delahaye & Lecrosnier. 2 frs. 50 cts.

Amozan, Des lésions trophiques consécutives aux maladies du système nerveux. Paris, Delahaye & Lecrosnier. 5 frs.

Atthill, Clinical lectures on diseases peculiar to women. 6th ed. revised and enlarged. Dublin, Longmans. 3 sh.

Bazy, Du diagnostic des lesions des reins dans les affections des voies urinaires, des indications qu'elles fournissent au pronostic et au traitement. Paris, Doin.

Bellouard, De l'hémianopsie, précédée d'une étude d'anatomie sur l'origine et l'entre croisement des nerfs optiques. Paris, Delahaye & Lecrosnier. 3 frs. 50 cts.

---

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.



Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen nebst Titel und Register.

# Centralblatt für KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigirt von

**Dr. H. Rühle,** Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

**Dr. D. Finkler,** Privatdocent und Assistent an der medicin. Klinik in Bonn.

**1880.** **26. Mai.** **Nro. 13.**

**Inhalt.** Referate: 1. **Friedreich**, Das Auftreten der Febris recurrens in Süddeutschland. — 2. **Albrecht**, Recurrens bei einem sieben-monatlichen Fötus. — 3. **Virchow**, Ueber die Perlsucht der Hausthiere und deren Uebertragung durch die Nahrung. — 4. **Heuck**, Ein Fall von perniciöser Intermittens mit Melanaemie. — 5. **Woodward**, Pathological histology of yellow fever. — 6. **Philipson**, Notes of a case of hyperpyrexia. — 7. **Langdon Down**, On a case of hydrophobia. — 8. **Nothnagel**, Zur Lehre von den Wirkungen des Blitzes auf den thierischen Körper. — 9. **Ziem**, Ueber Blennorrhoe der Nase und ihrer Nebenhöhlen (Ozaena). — 10. **Fritsche**, Zur Casuistik der Aphonia spastica. — 11. **Gross**, Zur Casuistik des hämatogenen Icterus. — 12. **Voorhoeve**, Ueber das Entstehen der sogenannten Fibrincylinder. — 13. **Schulte**, Zur Benzoëfrage. — 14. Berichtigung.

1. **Prof. Dr. N. Friedreich, Das Auftreten der Febris recurrens in Süddeutschland.** (Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 25. Heft 4 und 5. S. 518.)

Mehrere im December, Januar und Februar in der medicinischen Klinik zu Heidelberg zur Beobachtung gelangte Fälle von Recurrens verdienen schon des Umstandes halber, dass es sich um das erste Auftreten der Recurrens in Süddeutschland handelt, eine besondere Beachtung. Im Ganzen gelangten 8 Fälle von ausgebildeter Recurrens in Behandlung; für 7 dieser Fälle liess sich der Nachweis liefern, dass sie von ein und derselben Richtung her, über die Bergstrasse, eingeschleppt worden waren. Der zuerst aufgenommene Kranke war Mitglied einer unter höchst ungünstigen hygieinischen Verhältnissen vagabundirenden Bande. Nachdem es noch am Tage des Eintritts des Kranken in die Klinik gelungen war, durch Auffinden der Spirillen im Blute die Diagnose zu sichern, wurden die übrigen Mitglieder der Bande polizeilich sistirt und in einer besonderen Baracke der med. Klinik isolirt. Durch diese Internirung wurden mehrere hinsichtlich der Pathologie der Recurrens interessante und werthvolle Beobachtungen ermöglicht. Von den 5 Personen macht eine 48jährige Frau, welche der Anamnese gemäss gleichzeitig mit dem erst aufgenommenen Patienten erkrankt war, nach der Aufnahme 2 Rückfälle durch; ferner erkrankte ein vierjähriger Junge, der bereits bei der Aufnahme eine Milzschwellung



zeigte, fünf Tage nach der Aufnahme. Bei zwei Männern, welche ebenfalls bei der Aufnahme zweifellose Milzschwellungen zeigten, ohne dass Erkrankungen, welche Milztumoren hätten zurücklassen können, vorangegangen wären, bildeten sich die Milzanschwellungen bei einer lediglich diätetischen Behandlung spontan zurück und kam es nicht zu einem Fieber-Anfall. Aus diesem zieht Fr. folgende Schlüsse:

1. Die Milzanschwellung kann bei Recurrens schon im Stadium der Incubation in einem nachweisbaren Grade, als der erste und einzige Effekt des in das Blut eingetretenen Infectionsstoffes vorhanden sein.

2. Die durch den Milztumor erwiesene Recurrensinfection kann im Stadium incubationis rückgängig und der Ausbruch der Krankheit verhütet werden, wenn die Inficirten unter günstige hygieinische Bedingungen versetzt werden.

Auf Grund letzterer Anschauung stellt Fr. die Forderung, dass bei dem Bestehen einer Recurrens-Epidemie eine tägliche Untersuchung der Milz aller mit den Kranken in Berührung kommender Personen vorgenommen werde, damit, bei möglichst frühzeitiger Erkennung der stattgefundenen Infection, der Versuch gemacht werden könne, durch Versetzen des betreffenden Individuums unter günstigere Lebensbedingungen die in den Organismus eingedrungenen Keime abortiv zu machen und damit den Ausbruch der Krankheit zu verhüten. — Den Umstand, dass der erstaufgenommene Patient und die oben erwähnte Frau an ein und demselben Tage und unter gleichen Verhältnissen erkrankt waren, benutzt Fr. zur Anstellung eines therapeutischen Versuches. Der erst Aufgenommene erhielt während des Intervalls 2stündl., Tag und Nacht, 0,5 gr Salicylsäure, bei der Frau wurde ein lediglich expectatives Verfahren eingehalten. Das Ergebniss war, wie auch bei den von Wyss und Bock mit Chinin angestellten Versuchen, ein rein negatives. Weder ward das Eintreten des Recidives hinausgeschoben, noch ward dessen Dauer und Intensität vermindert. Ungar.

---

**2. Rudolph Albrecht, Recurrens bei einem sieben-monatlichen Fötus.** (St. Petersburger medicin. Wochenschr. Nr. 18. 1880.)

A. S., 22 J. alt, kam am 3. Tage des 2. (sechstägigen) Recurrens-Anfalls mit einem sieben-monatlichen Kinde nieder. Kind männlich, mager, schwach, starb nach 8 Stunden. Ungefähr 38 Stunden post mortem wurde die Leiche A. zugestellt. „In den Blutpräparaten, welche dem Blute des Herzens entnommen, liessen sich schön entwickelte, ziemlich lange Spirochaeten in reichlicher Menge nachweisen, welche theils vereinzelt, theils in Geflechten vorkamen. Bei einzelnen schien noch eine sehr geringe Bewegung vorhanden zu sein. Die Sektion der inneren Organe zeigte eine exquisite Recurrens-Erkrankung. Subseröse Ecchymosen beider Lungenpleuren, des Perikardium und des serösen Ueberzugs der Leber, sodann eine recht bedeutende albuminöse Degeneration des Herzens, eine parenchymatöse Schwellung der Leber und der Nieren, während die Milz fast um das Doppelte gegen die dem Alter entsprechende Norm vergrössert war. Sie erschien blauroth, fest, brüchig und durchsetzt von einer Menge kleiner gelblicher, für Recurrens charakteristischer Herde.“ E. Bardenhewer.

---



3. **R. Virchow, Ueber die Perlsucht der Hausthiere und deren Uebertragung durch die Nahrung.** (Berliner klin. Wochenschr. 1880. No. 14 und 15.)

In einem in der Berliner medic. Gesellschaft am 10. März d. J. gehaltenen Vortrage kennzeichnet V. seine Auffassung über die Natur der Perlknoten gegenüber den Tuberkeln und referirt über den gegenwärtigen Stand der Frage, ob Perlsucht durch Nahrung übertragbar resp. im Stande sei Tuberkelkrankheit zu erzeugen. Einleitend bemerkt V., dass die Perlsucht früher als Syphilis (Morbus Gallicus) betrachtet wurde und die damit behafteten Thiere als Nahrungsmittel verpönt waren, später umgekehrt das Fleisch als ganz unschädlich frei gegeben wurde, bis die Versuche von Gerlach (Hannover) wieder die grosse Gefährlichkeit von Milch aus Organen der so erkrankten Thiere darzulegen schienen. Die grosse Wichtigkeit der Sache veranlasste das Landwirthschaftliche Ministerium eine Kommission zu ernennen, die diese Frage zur Entscheidung bringen sollte, und seit Frühjahr 1876 ist dieselbe an der Arbeit. Wenn sich seit dem Ende des vorigen Jahrhunderts die Vorstellung gebildet hatte, die Perlsucht sei eine Art Tuberculose, so entspricht doch weder die Bildung, noch das Wachsthum und die weitere Veränderung der Perlknoten den tuberkulösen Vorgängen. Die tuberkulösen Bildungen tendiren zur „Verkäsung“ und zum ulcerösen Zerfall, sehr selten zur Verkalkung; der Perlknoten wird kaum je als miliares Knötchen beobachtet, meist als erbsengrosse, die Serosa (Pleura) überwuchernde Erhebung, welche bald zur gestielten Bildung hinaus wächst; oft liegen in einem ganzen Netzwerk von Bindegewebsfäden zahlreiche Perlknoten zusammen (wie Meerlinse, daher dcr alte Name der Thierärzte: „Meerlinsigkeit“). Die Knoten wachsen zu Kartoffel- (pommelière) und Faustgrösse. Sehr frühzeitig finden sich darin die „Riesenzellen“ in Menge, daneben bindegewebige Spindelzellen und lymphoide Querzellen, daher V. den Perlknoten schon in seiner Geschwulstlehre zu den Lymphosarcomen stellte. Die in den Perlknoten sehr oft vorkommende Verkalkung erfolgt mit immer weiterer Vergrösserung desselben, eine Verkäsung oder ulceröser Zerfall kömmt kaum dabei vor. Die Verkalkungen tuberkulöser Bildungen (Lympfdrüsen) geschehen mit gleichzeitiger Schrumpfung. Aus dieser Vergleichung lässt sich also eine wirkliche Zusammengehörigkeit nicht erkennen; ob einmal ein für beide gemeinsamer specifischer Pilz gefunden werden wird (Klebs), der ihre genetische Identität herstellen würde, ist abzuwarten. Die Experimente nun, welche die Uebertragbarkeit der Perlknoten sowohl, als die Erzeugung von Tuberkel durch die Uebertragung aufklären sollen, sind ungemein schwierig zu beurtheilen. Man muss erst die Pathologie der Thiere genau kennen, auf welche man überträgt. Es kommen da schon an sich allerlei knotenförmige und käsige Dinge vor, und Nichts schützt davor, dass in einem für gesund zum Experiment gewählten Thiere dergleichen schon vorhanden sind; andrerseits kann auch ein Thier für perlsüchtig gehalten werden, die mit der von ihm genommenen Milch gefütterten Thiere können allerlei, den gehofften Erwartungen entsprechende Veränderungen darbieten und schliesslich zeigt sich, dass das Thier nicht



perlkrank war (z. B. Echinococcen hatte) u. s. w. Trotzdem die Kommission vier Jahre arbeitet, hat sich eine Entscheidung darüber, ob Milch resp. Fleisch perlsüchtiger Rinder bei anderen Thieren Perlsucht oder Tuberculose mache, noch nicht erreichen lassen, und noch kein Experimentator hat eine Constanz in seinen Versuchen erzielt. Aber dass die mit Milch oder Fleisch von perlkranken Thieren gefütterten Thiere öfter krank werden, als die Kontrollthiere, oder als es der gewöhnlichen Erfahrung über die Krankheiten der Hausthiere entspricht, hat sich auch bei den Experimenten der Kommission ergeben. Einfach verdorbenes Fleisch als Futter hat nicht dieselben Resultate gegeben. Die von perlsüchtigen Thieren genommene Nahrung ist also als Krankheitserreger verdächtig und dies genügt zur Vorsicht zu mahnen. Ob das Fleisch derselben, soweit es selbst ohne jede Spur von Perlknoten geblieben, schädlich sei, lässt sich nicht behaupten und die Milch anlangend macht V. darauf aufmerksam, dass wahrscheinlich ein Unterschied darin liege, ob das Euter des Thieres Perlknoten gehabt oder nicht.

V. schliesst seinen Vortrag folgendermassen: Die Untersuchung muss demnach noch fortgesetzt werden. Weder die Experimente, noch die Erfahrungen der ärztlichen Praxis haben bis jetzt entscheidende Thatsachen ergeben. Nirgends ist man über den Verdacht hinaus gekommen. Denn ob man aus der grösseren Häufigheit tuberkulöser und käsiger Veränderungen bei den Versuchsthieren im Verhältniss zu den Controllthieren schon jetzt die Wahrscheinlichkeit der Abhängigkeit jener Veränderungen von der Fütterung erschliessen will, das hängt mehr von der individuellen Disposition der Beobachter und Kritiker ab, als von der Beschaffenheit der Thatsachen. Die Möglichkeit ist keineswegs ausgeschlossen, dass der Zufall das Resultat stark beeinflusst hat. Aber wenn man auch, wie ich geneigt bin es zu thun, dem Zufall keine entscheidende Rolle zuschreibt, so ist doch noch gar nicht zu übersehen, in welchem Grade der Zufall mitgewirkt hat, und ob es sich um eine specifische oder um eine mehr allgemeine Schädlichkeit handelt. Für mich wenigstens, der ich die Identität tuberkulöser und käsiger Produkte nicht allgemein anerkennen kann, ist das Ergebniss ein so wenig homogenes, dass mir der Gedanke, es gebe ein bestimmtes Vivus der Perlsucht, noch nicht als ein wissenschaftlich beglaubigter erscheint. Daher wird meines Erachtens auch die experimentelle Forschung zunächst den Weg verfolgen müssen, durch mannichfaltig variirte Fütterung verdorbener Nahrungsstoffe zu ermitteln, ob nicht auch andere Stoffe ähnliche Veränderungen im Körper unserer Hausthiere hervorrufen. Auch wird sich erst aus grösseren Beobachtungsreihen ergeben, in welchem Grade frühere Erkrankungen das Resultat der Versuche fälschen. R.

---

4. **Dr. G. Heuck, Ein Fall von perniciöser Intermittens mit Melanaemie.** (Berl. klin. Wochenschr. 1880. Nr. 13. 14.)

Ein 40jähriger Kaufmann aus Amerika, früher stets gesund, fühlte sich seit dem Frühjahre durch geschäftliche Ueberanstrengung abgemattet und reiste deshalb im Juni nach Europa, besuchte die Schweiz und hielt sich vom 2.—16. August in Rom und Neapel auf. Von da reiste er über München nach Heidelberg und strengte sich unterwegens durch genaue Besichtigung alles Sehenswerthen an, fühlte sich aber bis auf abendliche Mattigkeit wohl. Am 21. August bemerkte er Hitze (ohne vorherigen Frost) und leichte Uebelkeit. Am 23. Abends Temp. 40,8, grosse Schwäche, Ohnmachtsgefühl beim Aufrichten, an den Organen keine wesentlichen Befunde, leichte Somnolenz. 24. Temp. Morgens 41,4; 4 mal 1 Gr. natr. salicyl. T. Abends 38,2; 25. M. T. 39,2, P. 76, vollständige Ohnmacht, Pulslosigkeit beim Aufrichten, stark icterischer Harn. Milzschwellung. 26. M. T. 39,0, A. T. 38, P. 104, Leber rechts verlängert, Icterus der Haut und Conjunctiva, Harn etwas Eiweiss, Reaction auf Gallenfarbstoff fehlt. 27. An der Herzspitze nur 1 Ton, Sensorium frei, gallig gefärbter Stuhl. M. T. 37,6, P. 84. A. T. 40,4. 28. M. T. 38,2. Mehrfach Ohnmachtsanfälle, Harn 400 ccm pr. die, T. maxim. 38,8. 29. T. M. 37. Mitt. 3 U. 39,8, Nachts 37. Im Harn Gallenfarbstoff nicht nachweisbar, im Filterrückstand einzelne Blutkörperchen, Bruchstücke dunkelkörniger Cylinder, bräunlicher Detritus. Mittags Frösteln, plötzliche Athmungsfrequenz (44), P. 108. Blutuntersuchung: an den rothen Körperchen nichts Abweichendes, die etwas vermehrten weissen zeigen ungleiche Formen, darunter sehr grosse farblose Zellen (0,02—3 mm) theils rund, theils unregelmässig eckig mit Ausläufern, an ihnen deutlich amöboide Bewegungen, im Innern dunkle, braunrothe Pigmentkörnchen. Die Nacht hindurch Singultus, Icterus stärker. 30. T. M. 36,5, max. 37. Galliger Stuhl, Zunahme der Schwäche, Nachm. 3 U. abermals ein Anfall frequenter Respiration, die bald stertorös wird, Tod $7_{,34}$ Abends. Die Therapie bestand in Analepticis, Wein, Cognac, Moschus. Eine mehrmalige Blutuntersuchung am 30. ergab neben normalen rothen, kleinere rothe Kügelchen, einzelne der grössten farblosen Zellen ganz mit Pigment gefüllt.

Section am 31.: Keine Starre. Icterus der Haut, innere Serositäten stark icterisch. Muskulatur hellroth. Herz schlaff, gross, fettreich, Muskulatur schmutzig hellbraun, blutlackfarben, Endocard normal, Lungen ödematös hypostatisch, in den Bronchien icterischer Schaum. Milz 16, 13, 6 ctm, weich, schmutzig dunkelbraunroth. Leber rechts 24, 20, 5, links 18, $8^1/_2$, $2^1/_2$ ctm auffallend matsch und weich. Acini schwer kenntlich, Centr. pigmentisch, Peripherie grau. Die Farbe dunkel ins Stahlgraue. Nieren etwas gross, Kapsel fester haftend, Rinde brüchig, intensiv trübe, fleckig geröthet. Einzelne Ecchymosen im Nierenbecken. Nebennieren mittelgross, auffallend weich, dunkler. Darminhalt gallig gefärbt. Magenschleimhaut hyperämisch. Mark des Sternum und Femur intensiv grauschwarz.

Mikroskopischer Befund: Blut wie intra vitam. Die grossen farblosen pigmentirten Zellen, besonders im Pfortaderblut, noch mehr in



dem der Milzvene, hier finden sich auch unregelmässig eckige Schollen Pigment, frei im Plasma schwimmend. Das Pigment erscheint jetzt überall schwarz. Leber: Zellen z. Th. icterisch, Pigment füllt die zwischen den Leberbälkchen liegenden Capillaren, ist auch hier in den genannten Zellen eingeschlossen, welche die Gefässe bis zur Ausbuchtung verstopfen. Das interacinöse Gewebe durch kleinzellige Infiltration stellenweise verbreitert, frei von Pigment. Milz: viel Pigment, frei und in Zellen durch die ganze Pulpa zerstreut, Malpighische Körperchen frei davon. Nieren: ältere interstitielle Bindegewebswucherung, frische parenchymatöse Reizung. Pigment reichlich in der Rinde, besonders in den Glomerulis, stets innerhalb der Gefässe. Knochenmark zerfliessend, tropft vom Sägeschnitt ab, grauschwarz, die festeren Stellen gelbgrau. Freies Pigment und massenhaft grosse, pigmenthaltige Zellen, wie die obigen, von den grösseren Markzellen nicht zu unterscheiden; die kleineren Markzellen enthalten weniger Pigment. An den dunkeln Stellen eine mehr oder weniger vollkommene Umwandlung des Fettmarkes in lymphoides Mark, reichliche Anhäufung von Markzellen in dem die Gefässe umhüllenden Bindegewebsgerüst, mit dem Eindruck, dass hier die grossen Pigmentzellen aus den Gefässen in das Markgewebe übergetreten seien.

H. hält den Icterus in diesem Falle für hämatogen, da ein Hinderniss in den Gallengängen nicht bestand, und ein Zerfall der rothen Körperchen konstatirt werden konnte. R.

---

5. **J. J. Woodward, Pathological histology of yellow fever.** Pathologische Histologie des gelben Fiebers. (National board of health bulletin, supplement Nr. 4. Washington, April 24, 1880.)

Auf Ersuchen des national board of health legte W. demselben diese Studien über die Histologie des gelben Fiebers vor. Da W. zu eigenen Untersuchungen keine Gelegenheit hatte — er hat nur ihm zugeschickte Präparate nachuntersucht — besteht dieselbe aus einer Zusammenstellung und Kritik der von anderen Autoren veröffentlichten Befunde. W. bespricht die Widersprüche und zeigt die Lücken in den Angaben derselben. So sind die Fragen noch unentschieden, ob sich eine charakteristische Pilzform im Blute der an gelbem Fieber Erkrankten finde, ob bestimmte Veränderungen der Blutkörperchen constant vorhanden seien u. s. w. Weiter eingehende Untersuchungen über diese für Amerika so wichtige Krankheit wären sehr wünschenswerth; doch sind dieselben mit grossen Schwierigkeiten und Gefahren verbunden. E. Bardenhewer.

---

6. **G. H. Philipson, Notes of a case of hyperpyrexia.** (Ein Fall von Hyperpyrexie.) (The Lancet, Nr. 17. 1880.

A. B., 23 J. alt, litt vor 3 Jahren an akutem Rheumatismus, bei dessen Behandlung narkotische Mittel angewendet wurden; Pat. gebrauchte dieselben von da an fort und zwar in sehr hohem Grade (bis zu 3 Theel. Chlorodyne auf einmal), zugleich mit spirituösen Flüs-



sigkeiten (spirit. camphor. u. a.). Als 1 Jahr später eine heftige Interkostalneuralgie hinzutrat, nahm Pat. eine Mischung von Aether, Ammoniak und Opium; grosse Dosen derselben gebrauchte sie länger als 2 Jahre. — Pat. ist stark gebaut, von blassem Colorit, sehr reizbar; heftige Schmerzen in der linken Seite mit allgemeiner Hauthyperästhesie, leiser Druck am Rücken und besonders in der linken Seite empfindlich; Haut trocken, heiss; Nachts profuse Schweisse; Schweiss übelriechend, von stark saurer Reaktion; viel Durst; Harnentleerung schwierig, mitunter während eines ganzen Tages kein Harn; Harn 1030, stark sauer, Sediment vou Uraten und Phosphaten, kein Albumen, kein Zucker; seit 4 Monaten keine Katamenien; Stuhlgang retardirt; Puls 84, Respiration 18. An Herz, Lungen u. s. w. nichts Besonderes nachweisbar. — Aufgenommen am 4. Juli 1879; am 7. Ab. Temp. 101° F. (38° C.), am 9. Ab. 112° F. (44° C.), am 10. Morg. 112, am 11. Ab. 101, an den folgenden Tagen blieb die Temperatur zwischen 100 und 103, dann stieg sie wieder für mehrere Tage bis zu 112, dazwischen Remissionen bis zu 100. Am 24. Juli betrug die Temp. in der l. Achselhöhle 117 (= 47,2° C.), in der r. 110, im Munde 102; am 28. in der l. 117, in der r. 114, im Munde 112; am 29. in der l. 110, in der r. 115, im Munde 116. Die Temperaturbestimmungen geschahen an den verschiedenen Stellen zu gleicher Zeit. Drei besonders beschaffte Thermometer mit grosser Scala wurden von dem Praktikanten, häufig unter Controlle des ersten Hausarztes, angelegt und abgenommen. Während die Thermometer lagen, blieb eine Wärterin am Bette, welche instruirt war, jede Bewegung der Arme zu verhindern. Temperatur der Luft zwischen 50 und 60° F. (10—16° C.). Der stark saure Geruch des Schweisses bestand weiter, die Haut schälte sich an den Fingern, und am Stamm zeigte sich ein roseola-ähnliches Exanthem; untere Extremitäten kühl, Frösteln. Pat. musste wegen ihres heftigen, störenden Benehmens entlassen werden. Bei einem gelegentlichen Besuche im September sah sie gut aus und schien gesund. — Die Diagnose lautete: Hysterie mit Amenorhoe und Interkostalneuralgie. Während der sehr hohen Temperaturen wurden salicylsaures Natron und Chinin ohne Erfolg gegeben. Von besonderem, diagnostischem Interesse erscheint 1., dass der Verlauf des Fiebers ein durchaus unregelmässiger war; manchmal ergab kurze Zeit, nachdem das Thermometer bis zu 117 gestiegen war, eine zweite Messung die normale Höhe (98); 2. die sehr ungleichmässige Höhe der Temperatur an verschiedenen Körpertheilen, welche im Allgemeinen mit dem Grade der Hyperästhesie korrespondirte. Puls und Respiration blieben dabei unverändert und der Einfluss auf den Kräftezustand war ein sehr geringer; Sensorium frei. Die einzige, durch die hohen Temperaturen bewirkte Aenderung war vermehrtes launisches, „hysterisches“ Wesen. P. ist der Meinung, dass es sich um eine hysterische Neurose des vasomotorischen Nervensystems handelte.

E. Bardenhewer.

7. **J. Laugdon Down, On a case of hydrophobia.** Ein Fall von Wasserscheu. (The Lancet, Nr. 20. 1880.)

Pat., 23 Jahre alt, abgehärteter Dockarbeiter, wurde am 2. Februar d. J. von einem Hunde, welcher später wegen gegründeten Verdachts auf Wuth von einem Veterinair-Arzte vergiftet wurde, in Daumen und Zeigefinger gebissen. Die Wunde blutete frei und heilte bald. Am 25. April Morgens traten die ersten Anzeichen von Wasserscheu ein, Krämpfe beim Versuch sich zu waschen und Unmöglichkeit zu frühstücken; zugleich klagte Pat. über Schmerzen im rechten Arm von den Fingern bis zur Schulter. Abends 11½ Uhr wurde er zuerst gesehen: angstvolle Aufregung, allgemeines Zittern, gelegentliche Anfälle von Athemnoth, hochgradige Reflexerregbarkeit, Sensorium frei; jeder Gedanke an Flüssigkeit ruft einen ½ bis ¾ Minuten dauernden Spasmus mit Unterbrechung der Athmung herzor, welcher mit einer lauten „bellenden" Exspiration schliesst; ab und zu klonische Krämpfe; Harn enthält mässig viel Albumen; Temperatur wenig erhöht, Puls 100, später 110, Resp. 20. Morphin-Injectionen ohne Erfolg; Chapman's Rücken-Eisbeutel bewirkt geringe Linderung; Bromkali und Chloralhydrat bewirken für kurze Zeit Nachlass der Spasmen, so dass Pat. trinken kann und in der Nacht vom 26. zum 27. etwas schlummert. Am Morgen des 27. treten die Krämpfe wieder heftiger ein; Pat. ist aufgeregt, verwirrt, hat Sinnestäuschungen, wird später vollständig maniakalisch; dabei anhaltend Spucken und galliges Erbrechen. Chloroform-Inhalationen verursachten nahezu Erstickung; Inhalationen von Amylnitrit ohne Erfolg; Bromid und Chloral erbrochen; gegen Abend vier Injectionen von Curare zu 0,02; dauernd Delirium und Erbrechen; zunehmende Schwäche; Tod durch Asphyxie um 9 Uhr 50 Min. Abends. — Section am folgenden Tage: starke Cyanose, Schleimhaut des Rachens, des Kehlkopfes, der Luftröhre und der Bronchien hochgradig hyperämisch, mit blutigem Schleim bedeckt; Lungen dunkelroth, enthalten „anscheinend" kleine Apoplexien; Perikardium normal; linker Ventrikel fest kontrahirt; Herzmuskel und Klappen normal; Milz und Nieren hyperämisch. „Rückenmark: Membranen glänzend und frei von jedem Zeichen akuter Veränderung; Oedem bis zu dem Grade, dass Serum im Vertebralkanal angesammelt ist; hyperämisches Aussehen der grauen Substanz; die weisse Substanz quillt an der Schnittfläche vor, ist weich und ödematös, viel zu feucht. Hirn gesund, aber venös hyperämisch."

In the transactions of the Pathological Society of London from 1877 theilt W. R. Gowers den mikroskopischen Befund des Hirns und Rückenmarks in vier Fällen von Hundswuth mit. In allen Fällen fand sich beginnende parenchymatöse Myelitis der grauen Substanz, welche ihren höchsten Grad erreichte in der Nachbarschaft der grauen Kerne der Medulla oblongata, am Boden des 4. Ventrikels. Affection des Rachens, Kehlkopfes u. s. w. war nicht vorhanden.

E. Bardenhewer.

---

8. **Nothnagel, Zur Lehre von den Wirkungen des Blitzes auf den thierischen Körper.** (Virchows Archiv. Bd. LXXX. Heft 2. S. 327.)

Folgender Fall gab dem Verf. Anlass zu experimentellen Untersuchungen über die Wirkung des Blitzes: Ein Schmied wurde vom Blitze getroffen, verlor das Bewusstsein und konnte nachher die rechte Hand, auf deren Rücken sich ein thalergrosser bräunlicher Fleck fand, nicht mehr gebrauchen. Sie war sensibel und motorisch gelähmt. Zehn Wochen lang wurde Elektricität angewandt. Dann kehrte plötzlich innerhalb zweier Tage die völlige Gebrauchsfähigkeit zurück und diese dauerte ca. 6 Jahre. Dann aber während der Schmiedearbeit kehrte der frühere Zustand plötzlich zurück. Da jetzt keine Besserung eintrat wurde er in die Klinik aufgenommen. Status praesens: Atrophie der Muskulatur der rechten Hand. Motorische Parese derselben. Die elektromusculare Sensibilität der Hand fehlt, ist aber am Vorderarm vorhanden. Die Sensibilität der Hand fehlt ebenfalls, dieselbe schneidet mit einer scharfen Linie dicht oberhalb des Handgelenks ab. Die versuchsweise vorgenommene Anwendung des Hufeisenmagneten war von schönstem Erfolge. Immer da, wo derselbe angelegt wurde, kehrte in Zeit von Stunden allmählich die Sensibilität zurück und nach ca. 9 Tagen konnte die Hand sensibel und motorisch völlig wieder gebraucht werden. Die durch diesen Fall angeregten Experimente wurden folgendermassen angestellt. Eine Leydener Flasche wurde mit der positiven Elektricität einer Scheibenelektrisirmaschine geladen und durch Leitungen zweier Hautstellen eines Kaninchens einerseits mit dem Knopf, andererseits mit der äusseren Belegung der Flasche in Verbindung gebracht. Das Thier lag auf einem mit Glasfüssen versehenen Brett. Die Enden der metallenen Leitungsdrähte wurden nicht auf die intakte Haut, sondern in kleinen Schnittwunden angesetzt. Schlug nun der Funke durch die untere Extremität in der Richtung von der Innenfläche des Oberschenkels nach den Zehen, so erfolgte keine motorische Störung, dagegen eine völlige Anästhesie des Fusses, die über dem Fussgelenk scharf abschnitt. Bei umgekehrter Richtung des durchschlagenden Funkens dasselbe Resultat. Die Anästhesie betrifft sämmtliche Theile des Fusses, nicht nur die Haut. Wie kommt diese Erscheinung zu Stande? Der Einwand, dass die langen Unterschenkelknochen als gute Leiter den ganzen Strom aufnähmen und so die Weichtheile unverletzt erhielten, sowie die Vorstellung, dass da, wo viel Knochen aber nur wenig Weichtheile seien, wie am Fuss, letztere als gute Leiter, besonders intensiv getroffen würden, wird durch entsprechende Experimente beseitigt. Ein ferneres Experiment war Folgendes. Wurde der eine Pol am Schwanzende, der andere zwischen den Zehen angebracht, so trat völlige Anästhesie des Schwanzes und des Fusses ein. Letzteres Experiment zusammen mit den übrigen lässt folgende Erklärung plausibel erscheinen. Es ist bekannt, dass die Wirkungen des elektrischen Schlages um so bedeutender sind je geringer der Querschnitt und die Leistungsfähigkeit des durchschlagenen Körpers ist. Daraus erklärt sich die Anästhesie des Schwanzes gegenüber der Intaktheit des Rumpfes. Beim Fusse muss allerdings die Annahme gemacht werden, dass die Knochen schlechte



Leiter sind. Aber dann ist ja auch hier der Querschnitt der leitenden Weichtheile gegenüber dem Unterschenkel sehr gering. Ist diese Vorstellung richtig, dann muss angenommen werden, dass bei erheblicher Verstärkung des elektrischen Schlages auch die Wirkungen ausgedehnter werden. Dem ist nun in der That so, wie Verf. experimentel darthut. Bei sehr bedeutender Stromdichte tritt ferner auch an jeder beliebigen Stelle des Rumpfes umschriebene Anästhesie ein. Die so hervorgerufene Gefühllosigkeit geht immer im Verlauf weniger Stunden ganz zurück. Weitere Resultate sind die, dass in den vom Entladungsschlage getroffenen Nerven eine Verringerung der faradischen Erregbarkeit eintritt. Alle diese Versuche ergeben eine überraschende Uebereinstimmung mit dem mitgetheilten klinischen Falle. Für diesen muss wohl angenommen werden, dass die Eintrittsstelle des Blitzes auf dem Rücken der rechten Hand lag. Die Austrittsstelle ist allerdings nicht genau zu bestimmen.

Ribbert.

---

9. **D. Ziem, Ueber Blennorrhoe der Nase und ihrer Nebenhöhlen (Ozaena).** (Monatsschrift für Ohrenheilkunde. Jahrg. XIV. No. IV.)

Verfasser bespricht einige Punkte der Pathologie und Therapie jener Fälle genannter Affektion, welche nicht mit Destruction der Schleimhaut oder des Gerüstes der Nase verbunden sind. Da die Krankheit sowohl bei abnormer Engigkeit, wie bei übermässiger Weite der Nasengänge vorkommt, so können aerostatische Momente nicht allein die Ursache derselben sein, sondern es muss noch ein Ferment hinzukommen. Ueber die Quelle dieses letzteren bringt Verf. mehrfache Beispiele.

1. Fäulnissprocesse in der Mundhöhle, zunächst Caries der Zähne, worauf bereits Friedrich hingewiesen hat. — Uebler Geruch aus Mund und Nase fällt häufig zusammen. — Es wird ein Patient angeführt, welcher, nachdem er eben eine Arsenikpaste in einen hohlen Zahn gelegt, sich einen Schnupfen acquirirt, der sehr rasch bösartig wird mit profuser Secretion übelriechenden Eiters. Der nach 12 Tagen aus dem Zahn entfernte Tampon, soll einen wahrhaft pestilenzialischen Gestank verbreitet haben, und führt Verf. den Beginn der Ozaena auf das übermässig lange Verweilen des fauligen Wattepfropfes im Munde zurück. Diese Entstehungsweise würde noch möglich bleiben bei vollständigem Verschluss der vorderen Nasenabschnitte durch Schleimhautschwellung, indem die Communication durch die Choanen die Uebertragung vermittelt. Steht der cariöse Zahn in offener Verbindung mit der Kieferhöhle, so kann die Ansteckung auf diesem Wege erfolgen. Ebenso selbstverständlich ist die Ausbreitung solcher Fäulnissprocesse leichter bei Defekten des harten Gaumens, Wolfsrachen (Alt).

2. Infektionskrankheiten (Masern, Scharlach, Typhus) sind oft der Beginn für Ozaena, wenn nach antiquirten Behandlungsgrundsätzen die Patienten vor jeder frischen Luft gehütet werden.

3. Die dritte Aetiologie sieht Verf. in dem Einfluss dumpfer, feuchter Luft, von Gerhardt schon 1871 beschrieben. Ozaena kann durch längeren Aufenthalt auf dem Lande geheilt werden. Auch wird hieraus das endemische Vorkommen putrider Nasenerkrankungen erklärt.



4. Die Ansteckung von Person zu Person. Beispielsweise durch den Gebrauch desselben Taschentuches. — Es ist selbstverständlich, dass häufig mehrere Ursachen concurriren. —

Weite Nasengänge und Atrophie der Schleimhaut sind durchaus kein nothwendiges Attribut der Ozaena. Dieselbe kann sich in jedem Stadium eines acuten oder chronischen Catarrhs entwickeln, und es kann bei ausgesprochener Ozaena hochgradige Schleimhauthypertrophie gefunden werden. Demgemäss ist die Atrophie nicht ein charakteristisches Symptom und es erscheint richtig den Namen Ozaena fallen zu lassen und dafür den gerade vorliegenden Process seiner anatomischen Dignität nach zu bezeichnen, welcher erst dann den Namen Ozaena bekommt, wenn sich übler Geruch vorfindet. Die früher für Ozaena als bezeichnend aufgefassten Symptome: Schleimhautatrophie, weite Nasengänge, Borken sollen sich später bei jeder sich selbst überlassenen Blennorrhoe finden. Bezüglich der Therapie unterzieht Verf. die bereits vorgeschlagenen Verfahren einer beleuchtenden Kritik. Die ausgiebige Durchspülung der Nase kann Erleichterung verschaffen, so ist es doch auf der anderen Seite schwer aus allen Buchten und Spalten dadurch die Moderstoffe zu entfernen und die Haftbarkeit der Riechstoffe erklärt es, wenn in die Nase eingedrungene Fäulnissträger hier fort und fort eine putride Blennorrhoe unterhalten und somit zu einem unlösbaren circulus vitiosus Veranlassung geben. Die von Gottstein empfohlene Tamponade der Nase mit Watte hat ihren Erfolg nicht durch Behinderung der Eintrocknung, sondern durch die hohe Absorptionsfähigkeit der Watte für Riechstoffe. In gleicher Eigenschaft hat man früher Kohle empfohlen. — Bei dem von Michel empfohlenen Verfahren können nicht alle Höhlen und Zellen gereinigt werden. Dass das Verfahren dennoch gute Erfolge erzielt, beruht in der Anwendung des chlorsauren Kali. — Die Anwendung des Politzer'schen Verfahrens erscheint unzweckmässig, da die Gefahr gross ist, Fäulnissträger in das Mittelohr hineinzuschleudern. Besser ist es von den Choanen aus mittels eines um den Gaumen herumgeführten Katheters eine Luftverdichtung in der Nase und ihren Nebenhöhlen zu erzielen. In manchen Fällen wurden dadurch gleichzeitig vorhandene starke Kopfschmerzen (Stirnhöhlen) beseitigt. — .Oefteres Ausschnauben der Nase wirkt zuweilen ungünstig, weil die dadurch erzeugte positive Druckschwankung im Kopf nicht ohne Einfluss auf Gehirn, Auge, Ohr etc. bleibt. Einziehen der Sekretmassen nach dem Rachen erscheint zweckmässiger. Von Wichtigkeit erscheint die regelmässige und energische Ventilation der Nase, welche durch tiefe Athemzüge erreicht wird. Dieselben werden methodisch von Zeit zu Zeit vorgenommen und passend mit desinficirenden Inhalationen verbunden. Carbolsäure erscheint wirksamer als Salicylsäure. Gut sind ätherische Oele, besonders ol. Eucalypti globul. (ol. Eucalypti 2—5,0, Spir. vin. 20—25,0, Aqu. dest. 170,0.) Die Mittel müssen durch tiefe Athemzüge in alle Höhlen hineingebracht werden. Um auch während der Nachtzeit eine stete Desinfektion zu erzielen, lässt man Gesichtsmasken tragen, oder einen Schwamm tragende Siebe vor dem Munde befestigen, nachdem vorher der Schwamm mit dem betreffenden Mittel getränkt worden. —



Bei der hypertrophischen Form findet die Galvanokaustik ein ergiebiges Feld. — In einem Falle von Lokalisation des Processes in den Siebbeinzellen hat Verf. Einstichinjektionen gemacht, jedoch ohne Erfolg. — Faule Zahnstümpfe sollen stets entfernt werden. — Wenig Erfolg sah Verf. bei der innerlichen Darreichung von Desinfektionsmitteln. — Gleichzeitig ist dem Allgemeinbefinden grosse Aufmerksamkeit zu schenken, für Hebung der Constitution Sorge zu tragen. Zum Schluss macht Verf. auf die Möglichkeit aufmerksam, dass durch Ozaena Meningitis oder Septicaemie entstehen könne. Walb.

---

10. **Dr. M. A. Fritsche, Zur Casuistik der Aphonia spastica.** (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 15 u. 16.)

Schnitzler in Wien demonstrirte diese Affektion 1875. Es handelt sich um Aphonie, welche sich äusserlich von der paralytischen wenig unterscheidet. Meist ist völlige Stimmlosigkeit, d. h. eine kaum vernehmbare Flüsterstimme zugegen. Die Vocale fehlen ganz, von den Consonanteu werden die Explosivae d, t, k, g, b, p noch am besten prononcirt. Die Kranken strengen sich erheblich an, aber umsonst, der Krampf der Stimmbänder verhindert die Stimmbildung. Bei jedem Phonationsversuch sieht man ein krampfhaftes Aneinander- und Aufeinanderpressen der Stimmbänder der Art, dass sich dieselben ihrer ganzen Länge nach, ohne einen feinen, linearen Spalt zwischen sich zu lassen, mit ihren Rändern fest aneinander, ja mitunter förmlich übereinander legen. Der Exspirationsstrom vermag weder den Verschluss der starren, übermässig gespannten Bänder zu durchbrechen, noch diese selbst in tönende Schwingungen zu versetzen. Bei forcirten Phonationen sieht man meist nur ganz im hintersten Abschnitt des Stimmbandverschlusses hinter den prov. vocales ein geringes Luftquantum durchzischen, wodurch eben jene vox intercepta, die erwähnte krampfhafte Flüsterstimme hervorgebracht wird. Bei geringen Graden des Leidens erfolgt dieser krampfhafte Verschluss nur im vordern Abschnitt der Stimmbänder, während die glottis cartillaginea im Phonationsact weitklaffend erscheint. In solchen Fällen erfolgt der Verschluss meist nur ganz momentan, und sieht man unmittelbar danach die Stimmbänder wieder ziemlich weit von einander weichen, so dass man fälschlich eine Lähmung vor sich zu haben glauben kann. Therapeutisch ist die centrale Galvanisation, absteigender labiler Rückenmarksstrom, besonders in frischen Fällen von günstigem, zuweilen augenblicklichem, allmählich dauerndem Erfolg. Sechs Krankengeschichten erläutern das Vorstehende. Schliesslich beschreibt Fr. eine neue intralaryngeale Electrode und giebt deren Abbildung. R.

---

11. **Dr. Albert Gross, Zur Casuistik des hämatogenen Icterus.** (Berl. klin. Wochenschr. 1880. Nr. 13.)

Bei einem 64jährigen Manne, der von Jugend auf eine Struma lymphatica hatte und in den letzten Jahren Anfälle stürmischer, unrhythmischer Herzaktion erlitt, stellte sich unter Magenbeschwerden ic-



terische Färbung der Haut und Conjunktiva sowie dunkelbrauner Harn ein, nachdem derselbe an Quantum erheblich abgenommen hatte. Auffallenderweise hatte der Stuhlgang seine normale Farbe, ohne dass eine zufällige Nahrungs- oder Arzneifärbung stattgefunden, und im so dunkeln Harn konnte weder Reaktion auf Gallenfarbstoff noch auf Gallensäuren nach den verschiedensten Methoden erhalten werden. Dagegen zeigte dieser Harn, der noch nach 8 Tagen stark sauer reagirte, mit Harnsäure überladen war, und 1020 wog, sofort ungewöhnlich reichen Gehalt von Urophaeïn (s. Urobilin). „Die Masse dieses braunen Harnfarbstoffes konnte deshalb nur als die alleinige Ursache der icterischen Harnfarbe angesehen werden.“ Es war an Stelle des Bilirubin ein demselben nahe verwandter Körper, das direct vom Blutfarbstoff abstammende Urophaeïn getreten. G. glaubt, dass durch die reichliche Anwesenheit von Harnsäure das ursprünglich vorhandene Bilirubin zu Urophaeïn reducirt worden sei, und dass der mitgetheilte Fall ein hämatogener Icterus gewesen. R.

---

12. **Voorhoeve, Ueber das Entstehen der sogenannten Fibrincylinder.** (Virchow's Archiv. Bd. LXXX. Heft 2. S. 247.)

Nach der Ansicht der Autoren können Fibrincylinder entstehen, entweder aus den desquamirten Harnkanälchenepithelien oder aus transsudirten Blutbestandtheilen. Verf. stellte zur weiteren Untersuchung vier Reihen von Experimenten an. Er erzeugte zunächst bei Kaninchen Nephritis durch Cantharidine. In den meisten Fällen geringe Veränderung der Epithelien, aber trotzdem reichliche Cylinderbildung. In einem Fall, bei hochgradiger Affection der Epithelien, keine Cylinder. Ausserdem immer in den Glomeruluskapseln eine feinkörnige Masse. Ferner wurde Cylinderbildung hervorgerufen durch subcutane Injection von neutralem chromsaurem Ammoniak. In zwei Fällen reichliche Desquamation von Epithelien der gewundenen Harnkanälchen und Zusammenballung derselben zu körnigen Cylindern. Daneben aber auch hyaline Cylinder. Letztere können nicht aus Epithelien hervorgegangen sein, da sie in einem dritten Experiment in grosser Zahl angetroffen werden, ohne dass erhebliche Veränderangen des Epithels vorhanden gewesen wären. Einseitige Ureterenunterbindung, in Folge deren die Kaninchen nach sehr verschieden langer Zeit starben, ergab vielfach Cylinderbildung gewöhnlich neben wesentlich intakten Epithelien. Einengungen der Vena renalis, die zu Stauungen in den Nieren führten, veranlassten Bildung von hyalinen und feinkörnigen Cylindern ohne Veränderung der Epithelien. Stets konnte ausserdem eine feinkörnige Masse in den Glomeruluskapseln nachgewiesen werden. Das Gleiche war bei vorübergehender Abklemmung der Nierenarterie der Fall. Verf. kommt zu dem Schluss, dass in diesen letzten Experimenten die Cylinder nur in Folge des veränderten Blutdrucks entstanden sein können und dass die Epithelien in keiner Weise dabei betheiligt sind. Für die Cantharidine- und Chromsäure-Experimente darf daher auch die Entstehung der Cy-



linder aus dem Blute angenommen werden, nachdem die Möglichkeit einer solchen durch die Unterbindungen genügend dargethan war. Verf. stellt jedoch schliesslich nicht in Abrede, dass beim Menschen für andere als die von ihm betrachteten Cylinderarten auch andere Entstehungsweisen möglich sein können. Ribbert.

---

13. **Schulte, Zur Benzoëfrage.** (Inaugural-Dissertation. Halle 1880. S. 123.)

Verf. giebt ausser einer ausführlichen Zusammenstellung der die Benzoësäure betreffenden Litteratur eine Reihe von ihm selbst angestellter Versuche sowie klinischer Beobachtungen.

Zuerst versuchte S. festzustellen, ob Benzoësäure in den Speichel übergehe. Der Nachweis dafür gelang an einem Hunde, der 10 cc. 10 procentiger benzoësaurer Magnesia in die rechte Schenkelvene injicirt erhalten hatte und bei welchem durch 0,02 gr. Pilocarpin eine reichliche Salivation angeregt worden war. Beim Menschen fiel ein in gleicher Absicht angestellter Versuch negativ aus, es wurden 8 Tage lang einem Patienten mit acutem Gelenkrheumatismus stündlich 1 Esslöffel voll 5procentiger Natronbenzoicum-Lösung gegeben, dann 1 Spritze voll 2procentiger Pilocarpinlösung injicirt. In den 300 gr. so gewonnenen Speichels konnte heine Benzoësäure nachgewiesen werden, während aus dem Harn desselben Patienten dieselbe neben Hippursäure erhalten wurde. Hinsichtlich des Vorkommens der von Salkowski entdeckten und von Senator in jedem Falle von innerlicher Darreichung von Natr. benzoic. im Harn aufgefundenen reducirenden Substanz kommt Verf. durch seine Beobachtungen zu dem Schlusse, dass dieselbe nach blosser Inhalation des Natriumbenzoats so gut wie nie und nach innerlichem Gebrauch desselben Salzes nur in vereinzelten Fällen ausserordentlich hoch gegriffener Dosen im Urin deutlich nachweisbar ist. S. hält das Auftreten der reducirenden Substanz im Harn für ein Zeichen wirklicher Vergiftung, er glaubt als Regel aussprechen zu dürfen: „dass der Arzt, sobald diese Substanz im Urin nicht nur spurweise, sondern deutlich vorhanden ist, die Medication mit Natron benzoicum aussetzen muss.“ Die toxischen Eigenschaften der Benzoësäure studirte Verf. an Fröschen, Kaninchen, Katzen und Hunden. Die Versuche an Fröschen (Winterfrösche) zeigten, dass „zwischen der Säure, ihrem Natron- und Magnesium-Salz so enge Beziehungen hinsichtlich der Wirkungen bestehen, dass man einen Unterschied zwischen ihnen nicht zu machen braucht, wenn man von der stärkeren lokalen Reizwirkung der freien Säure absieht. Nach Application des Giftes in den Magen oder subcutan zeigten die Frösche Zuckungen einzelner Muskelgruppen, ausnahmsweise zum Tetanus sich steigernd, Erbrechen, zuweilen mit Blutspuren im Erbrochenen, auch wenn das Gift subcutan gegeben war, Beschleunigung der Respiration, rapide Abnahme der Reflexerregbarkeit bis zum völligen Erlöschen, während das Herz, dessen Thätigkeit nur kurz vor dem Tode verlangsamt wurde, noch völlig normal functionirte. Die Reflexlähmung kam auch nach Ausschaltung des Gehirns in gleicher Weise zur Geltung. Wurde die Dosirung bei nicht decapitirten Thieren vor-



sichtig gewählt, so konnte die völlige Lähmung allmählich wieder schwinden und normale Verhältnisse wieder hergestellt werden. Bei Warmblütern, die vom Magen aus oder subcutan oder durch Injection ins Gefässsystem meist mit dem Natron oder Magnesiumsalz, selten der reinen Säure vergiftet wurden, zeigten sich folgende Symptome: Nach vorangehendem, jedoch nicht constant auftretendem Zittern und Convulsionen traten atactische Bewegungen der vorderen Extremitäten auf, die allmählich völliger Paralyse Platz machten. Letztere ging langsam fortschreitend auf den ganzen Körper über. Die Temperatur sank bis zu den excessivsten Graden. Brechen trat bei Hunden nach Injection in den Magen regelmässig auf. Durchfall erfolgte so gut wie nie. Blutergüsse und hämorrhagische Erosionen der Magenschleimhaut wurden auch nach subcutaner oder intravenöser Application des Giftes wahrgenommen. Puls und Respiration sind nach intravenöser Einführung anfangs beschleunigt, dann verlangsamt. Der Blutdruck wird von stärkeren Gaben herabgesetzt, der Tod erfolgt durch Athemlähmung, erst in zweiter Linie durch Herzstillstand. Die Substanz scheint völlige Lähmung des Gehirns und des Rückenmarks hervorzubringen; entgegn der Ansicht von Klebs, dass das Natronsalz Vagusreiz bedinge, ist Verf. der Ansicht, dass das Auftreten der Vergiftungserscheinungen vom Vagus unabhängig sei. — Bezüglich der als toxisch zu bezeichnenden Dosen kommt S. zu dem Schlusse, „dass sowohl von der Benzoësäure als ihren Salzen Dosen von mehr als 2°°/₀₀ des Körpergewichts bei allen Versuchsthieren Vergiftungserscheinungen hervorriefen, denen der Tod folgte.“ — Bei den Thieren, wo nach Einführung von Benzoësäure oder deren Salzen die reducirende Substanz im Harn nicht auftrat, waren (mit Ausnahme der intravenösen Injectionen) auch keine Intoxikationserscheinungen vorhanden, während, wenn sich letztere zeigten, auch stets die reducirende Substanz im Harn gefunden wurde.

Verf. theilt dann ferner eine Reihe von Krankheitsfällen mit, die auf der Halle'schen Klinik unter Benzoëbehandlung beobachtet worden sind. Ein Patient mit multiplen malignen Lymphomen erhielt nach vergeblicher anderweitiger Medication mehrfach subcutan Injectionen von 2—4 cc. einer 4procentigen Natrum bonzoicum-Lösung. Patient gab an, sich wohler nach denselben zu befinden, es trat rapides Schwinden der Drüsenpaquete namentlich am Halse auf. Patient starb bald darauf. — 2 Fälle von Gaumentuberculose wurden, was die örtliche Affection (es bestand nebenbei ausgebildete allgemeine Tuberculose) anlangte, erfolgreich mit Inhalation und Gurgeln von benzoësaurer Natronlösung behandelt, bei dem einen der Patienten musste indess diese Therapie nach einiger Zeit ausgesetzt werden, da sich störende Erscheinungen seitens des Digestionstractus ausbildeten. — Ein Fall von Gesichtserysipel besserte sich rasch nach Aufnahme von 10 gr. Natron benzoicum, ein anderer, ebenso behandelter und gleichzeitig mit dem ersten aufgetretener reagirte auf das Benzoat nicht. — Bei einigen Fällen von hartnäckigen Neuralgien des Quintus, der Intercostalnerven sowie der Haut- und Muskelnerven der Waden wurde benzoësaures Natron statt des entsprechenden Salicylats mit Erfolg gegeben, bei anderen zeigte es sich wirkungslos. Schliesslich sah Verf. auch Erfolg bei der



Behandlung von acutem Gelenkrheumatismus durch benzoësaures Natron. Wirkungslos war es bei chronischem Gelenkrheumatismus, bei Peritonitis, bei Typhus, bei interstitieller Nephritis. Die Temperatur wurde bei den ersten drei Affectionen durch das Benzoat nicht beeinflusst, während andere Antipyretica ihren Dienst nicht versagten. Auch bei Diabetes mellitus wurde eine wesentliche Wirkung der Benzoëpräparate nicht bemerkt. Phthisiker wurden mit Inhalationen von Natrum benzoicum ohne nennenswerthen Erfolg behandelt, jedoch gewann Verf. den Eindruck, „als ob die Empfindlichkeit der Lunge durch das Natronbenzoat herabgesetzt würde." — Bei einem Fall sah S. Intoxication durch Natron benzoicum. Ein junger Kaufmann war durch Natron benzoicum von acutem Gelenkrheumatismus befreit (das salicylsaure Salz war wirkungslos gewesen) und nahm prophylaktisch noch einige Zeit weiter mehrmals täglich von einer 10 procentigen Lösung des Benzoates ein. Eines Tages wurde er plötzlich ohnmächtig, nachdem er gerade vorher von seiner Arznei genommen, die sonst gesunde Hautfarbe machte einer Leichenblässe Platz, und der Verdacht auf Magenblutung, bedingt durch Benzoësäurevergiftung, gewann an Wahrscheinlichkeit durch 2 Tage lang andauernde theerartige Stühle.

Schulz.

---

14. In der Nummer 18, 1880, der St. Petersburger medicin. Wochenschrift findet sich folgende Berichtigung: Im Aufsatz des Dr. Danillo in Nr. 17 (über Myelitis nach Phosphor-Vergiftung, s. Ref. in Nr. 12. d. Bl. S. 179) lies Injektion in den Magen statt subkutane Injektion.

E. Bardenhewer.

---

## Neue Bücher.

Beringier, Etude sur quelques formes de paralysies dans la phthisie pulmonaire chronique. Paris, Delahaye & Comp.

Boussi, Etude sur les troubles nerveux réflexes observés dans les maladies utérines. Paris, Delahaye & Lecrosnier. 3 frs.

Brissaud, Recherches anatomo-pathologiques et physiologiques sur la contracture permanente des hémiphlégiques. Paris, Delahaye & Lecrosnier. 5 frs.

Bristowe, The physiological and pathological relations of the voice and speech. 7 sh. 6 d.

Burnett, Curability of cataract with medicines. 3 sh. 6 d.

Caird, Hints on the Antiseptic management of wounds. „Listerism". London, Baillière. 9 d.

Charcot, Leçons sur les maladies du système nerveux. 4e edition, revue et augmentée Tome Ier. Paris, Delahaye & Lecrosnier. 14 frs.

Chauvet, Influence de la syphilis sur les maladies du système nerveux central. Paris, Delahaye & Lecrosnier. 3 frs 50 cts.

Choquet, De l'emploi du chloral comme agent d'anesthésie chirurgicale. Paris, Delahaye & Lecrosnier. 3 frs. 50 cts.

Darlan, Traitement de l'erysipèle par le collodion. Paris, Parent.

Decourtieux, De l'uréthrite blennorhagique chez la femme. Paris, Parent.

---

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.





Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen nebst Titel und Register.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

# Centralblatt für KLINISCHE MEDICIN.

Redigirt von

**Dr. H. Rühle,** Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

**Dr. D. Finkler,** Privatdocent und Assistent an der medicin. Klinik in Bonn.

**1880. 29. Mai. Nro. 14.**

**Inhalt.** Referate: 1. **Violet,** Ueber die Gelbsucht der Neugeborenen und die Zeit der Abnabelung. — 2. **Kannenberg,** Ueber Nephritis bei acuten Infectionskrankheiten. — 3. **Neumann,** Ueber leukämische Knochenaffektion. — 4. Effets de l'intoxication alcoolique aiguë; pneumonie purulente à foyers multiples; congestion pulmonaire. — 5. **Rainaud,** Uebertragbarkeit der Wuth vom Menschen auf Kaninchen. — 6. **Lasègue,** La Pathogénie de l'Epilepsie. — 7. **Béchamp,** Alkohol in den thierischen Geweben während des Lebens und nach dem Tode. — 8. **Bubnow,** Ueber den Einfluss des erhöhten arteriellen Blutdrucks auf das Endocardium. — 9. **Litten,** Ueber embolische Muskelveränderung und die Resorption todter Muskelfasern. — 10. **Meyer-Hüni,** Weitere Beiträge zur Pathologie und Therapie des Keuchhustens. — 11. Angine Couenneuse. — 12. **Moers,** Ein Fall von 3 Monate andauernder vollständiger Verschliessung des Darmes und beider Ureteren durch Fibrome. — 13. **Biber,** Fall von primärer Perinephritis und Peripsoitis lateris sinistri mit secundärem Empyem derselben Seite. — 14. **Güntz,** Milaria-Ausschlag in Folge von Berührung mit rohem Spargel. — 15. **Guentz,** Ueber subcutane Injectionen mit Bicyanetum hydrargyri bei syphilitischen Erkrankungen. — 16. **Goltdammer,** Ueber die Punction von Pleura-Ergüssen. — 17. **Hayer,** Jodoform bei Augenleiden. — 18. **Pick,** Ueber die therapeutische Verwendung des Pilocarpins bei Hautkrankheiten. — 19. **Tweedy,** On the mydriatic properties of homatropin or oxytoluyltropin, with a account of its general physiologic action by Sidney Ringer. — 20. **Riesel** u. **Kobert,** Ueber Thymollymphe. — 21. **Haakma Tresling,** Vergiftiging door Nitras Aconitini.

### 1. Violet, Ueber die Gelbsucht der Neugeborenen und die Zeit der Abnabelung. (Virchow's Archiv. Bd. LXXX. Heft 2. S. 353.)

Ein historischer Ueberblick erörtert die Frage nach der Zeit der Abnabelung des neugeborenen Kindes. Die späte, nach Ausstossung der Placenta vorgenommene Abnabelung hat eine Ueberführung eines grossen Theiles des in der Placenta enthaltenen Blutes in den kindlichen Organismus zur Folge, während es bei früher Abnabelung in derselben zurückbleibt. Die Autoren haben sich über den Nutzen oder Schaden der späten Abnabelung verschieden geäussert. Verf. berechnet aus Wägungen von früh resp. spät abgenabelten Kindern die Differenz zwischen dem Gewicht nach dem Geburtsbade und dem beim Verlassen der Anstalt. Aus dieser Berechnung geht nicht hervor, dass die späte Abnabelung nutzbringend für das Neugeborene ist. Verf. erörtert nun weiter die Frage, ob durch die bei später Abnabelung entstehende



Blutüberfüllung des Foetus ein besonders hochgradiger Icterus hervorgerufen würde. Diese Frage wird bejaht. Verf. ist der Ansicht, dass in den meisten Fällen von Icterus neonatorum die Ueberfüllung des kindlichen Gefässsystems anzuschuldigen ist. Die Gelbfärbung kommt dann eben dadurch zu Stande, dass die zu reichlich im Blute vorhandenen rothen Blutkörperchen unter Bildung von Pigment zu Grunde gehen. Für letzteren Process sprechen verschiedene Umstände. Der Harn der icterischen Kinder enthält eine grosse Menge goldgelber Pigmentkörnchen. In den Nieren finden sich die sog. Pigmentinfarkte. Im Blut werden stets, zuweilen massenhafte Bilirubinkrystalle angetroffen, bei fast vollständigem Mangel jeglicher icterischer Färbung in der Leber (Orth.). Besonders letzterer Umstand spricht dafür, dass der Icterus nicht als hepatogener, sondern als durch Untergang rother Blutkörperchen innerhalb des Blutes entstanden aufzufassen ist. Fälle, in denen auch anämische Kinder icterisch werden, sind wohl so zu erklären, dass die auch unter normalen Verhältnissen ohne Blutüberfüllung zu Grunde gehenden rothen Blutkörperchen nicht zeitig genug aus dem Körper herausgeschafft werden. Ribbert.

---

2. **Dr. Kannenberg, Ueber Nephritis bei acuten Infectionskrankheiten.** (Zeitschrift für klin. Medic. Bd. I. Heft 3. pag. 506.)

R. fand: „1) Bei gesunden resp. nicht fiebernden Personen gelingt es, im frisch gelassenen Urin bisweilen Pilze in der Form kleiner Kügelchen oder Biscuits (Mono- und Diplococcus) nachzuweisen, seltener kleine Ketten oder Stäbchen.

2) In allen fieberhaften Krankheiten ist die Zahl derselben vermehrt.

3) Besonders zahlreich fanden sie sich bei Infectionskrankheiten, zumal wenn diese mit Nephritis complicirt sind.“

Dabei konnte K. constatiren, dass die Nephritis isochron dem Auftreten der Pilze verlief. Als Prototyp dieses Verhaltens beobachtete er Nephritis bei Recurrens. Neben den Cylindern und Epithelien Blut- und Lymphkörperchen fand er wieder Mono-Diplococcus, Streptococcus und Bacterien. Mit dem Beginn der Relapse trat jedesmal die Nephritis auf, um 1—2 Tage nach der Krise wieder vollständig und nach dem letzten Anfalle ganz und gar verschwundeu zu sein. Die Pilze waren theils freischwimmend, theils hafteten sie den Cylindern und Epithelien an; leichter sichtbar zu machen durch Zusatz von einem Tropfen $^1/_2$ procent. Kali caustic. oder durch Farbemethode. (Sedimentiren des Urins in Thymolwasser, Behandlung mit Kali caustic. und nachträgliche Färbung mit Methylviolett.) Die Nephritis wird angesehen als directe Folge eines Reizes, als welcher anzusprechen sei nicht sowohl die Spirillen (weil diese niemals im Urin ausgeschieden), als vielmehr die Micrococcen, welche möglicherweise in ätiologischer Beziehung (Sporen) zu den Spirillen stehen. Das Vorkommen der Pilze und das Verhalten der Nephritis bei Typh. exanthematicus, Scarlatina, croup. Pneumonie stimmt mit der Annahme, dass Micrococcen die Ursache der Entzündung seien. Dass es nicht die Temperatursteigerung ist, welche die Nephritis erzeugt, stützt K. durch die Angabe, dass

dieselben Befunde des Urins sich zeigten bei Tonsillarabscessen ohne besondere Fiebertemperatur. Ein Fall von genuiner Nephritis lieferte gleiches Verhalten des Urins, und es wurde dadurch wahrscheinlich, dass bei dem Erkrankten (Wärter) eine Infection erfolgt sei. Auf Grund solcher Aetiologie der Nierenerkrankung sind als Medicamente Antimycotica: Chinin (0,5—1,0) oder Natr. benzoic. (10,0—15,0 pro die) zu empfehlen. Günstige Erfolge davon wurden beobachtet. Finkler.

3. **Prof. E. Neumann, Ueber leukämische Knochenaffektion.** (Berl. klin. Wochenschr. 1880. 20.)

Die leukämische Knochenaffektion, welche N. für die eigentliche Ursache der Leukämie ansieht (Ueber myogene Leukämie. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 6. 7. 9. 10. 1878) und in keinem Falle vermisste, während er die klinisch in den Vordergrund gestellten Milz- und Drüsentumoren für untergeordnet zur Erklärung der Vermehrung weisser Körperchen im Blut hält — verräth sich sehr selten durch Symptome bei Lebzeiten. Unter N.'s 22 Fällen waren nur bei 4 Knochenschmerzen vorhanden, und auch diese hatten an sich nichts Charakteristisches. N. theilt einen neuen Fall ausführlich mit, in welchem sowohl am Brustbein, als in der linken Schulter und später am rechten Oberschenkel heftige Schmerzen auftraten, ohne dass man für dieselben irgend einen palpablen Grund auffinden konnte. Ausserdem bestand aber sowohl ein sehr grosser Milztumor, als erhebliche Drüsenschwellungen. Die angeführten Schmerzen waren namentlich im Oberschenkel unerträglich. Die Section ergab am Sternum und Humerus hochgradige Erkrankung des Markes. N. betont nochmals, dass nach seinen Erfahrungen die Erkrankung des Knochenmarkes überall das Wesentliche sei und dass die Milz und Drüsentumoren lange ohne Zunahme der farblosen Zellen im Blut bestehen können, und ihre Erkrankung nicht das Primäre bei der Ausbildung der Leutämie sei. R.

4. **Effets de l'intoxication alcoolique aiguë; pneumonie purulente à foyers multiples; congestion pulmonaire.** Wirkungen der akuten Alkoholintoxikation; eitrige Pneumonie in vielfachen Heerden; Lungen-Hyperämie. (Gazette des hôpitaux, Nr. 56. 1880. D'après M. le Dr. Brochin.)

Die Alkoholintoxikation ruft eine Reihe von Krankheiten des Respirationsapparates hervor: Laryngo-Bronchitis, akute Lungenhyperämie, Pneumonie, selbst Pleuritis, Emphysem, Tuberculisation granuleuse. Zu denselben stellt Lancereaux insbesondere noch eine eigne Form von Lungen-Entzündung, für welche die geringe Ausdehnung und wenig exakte Abgrenzung der Infiltration, der latente Verlauf und der Befund von zahlreichen Eiterkörperchen in den in der Mitte der Infiltration gelegenen lobuli charakteristisch sind. Ferner finden Dujardin, Beaumetz und Audigé eine der konstantesten Wirkungen grosser Dosen Alkohol in der Lungenhyperämie.

Einen sehr bemerkenswerthen einschlägigen Fall stellte kürzlich Maurice Raynaud vor. Ein Potator wurde schwer betrunken auf



offener Strasse gefunden; bleich, angstvoll, schwer leidend von Athemnoth und Seitenstichen, kam er folgenden Tages in das Hospital. Das gleich nachher eintretende hohe Fieber machte die Blässe einer schwellenden Röthe weichen. Die Sputa waren opak, nicht lufthaltig, flüssig, aus Blut und Eiter gemischt; sie enthielten neben vielen rothen und weissen Blutkörperchen fettig degenerirte Epithelzellen. Die Perkussion ergab links eine geringe Dämpfung in der fossa supra- und infraspinata, nach abwärts fast normaler Schall; vorne oben tympanitischer Schall, rechts geringe Verkürzung des Schalles unter der clavicula und in der fossa supraspinata. Links vorne überall Reibegeräusche. Am 3. Tage grosse Aufregung mit Delirien, Flockenlesen; Harn sehr reich an Albumen; am Abend Tod. — Bei der Autopsie fanden sich in der Mitte und an der Basis der linken Lunge 6 bis 8 genau umschriebene, abgerundete Infiltrationsheerde; das übrige Lungengewebe gesund und krepitirend. Einer dieser Heerde Kastanien-, ein anderer Apfel-gross; die übrigen, an der Basis gelegenen, kleiner. Das Gewebe der Heerde ist grau, marmorirt und enthält in der Mitte einen kleinen apoplektischen Kern. Die Infiltration ist bedeutend konsistenter als bei gewöhnlicher Hepatisation. Die abgeschabte Flüssigkeit enthält dieselben Elemente wie die Sputa; die Alveolen sind gefüllt mit Fibrin, Eiter und Epithelzellen. Im linken Pleuraraum anderthalb bis zwei Liter Serum. In der rechten Lungenspitze einige kleine käsige Heerde, daneben geringe Dilatation der Alveolen. Herz gesund. Diesen von dem bei gewöhnlicher Pneumonie abweichenden Verlauf und Befund, insbesondere die disseminirten Heerde und die schon in 48 Stunden entwickelte graue Hepatisation glaubt Rainaud der akuten Alkohol-Intoxikation verbunden mit der Kälte, welcher der Kranke während seines Rausches ausgesetzt war, zuschreiben zu müssen. — Dieser Fall rief den anderen in Erinnerung, in welchem ein Mann, nachdem er seine beiden Söhne ermordet, ein Liter Branntwein trank. Einige Tage später fand Cornil bei der Section eine hochgradige Hyperämie der Lungen, gleich derjenigen, welche Dujardin-Beaumetz bei Thieren durch akute Alkoholintoxikation hervorgebracht hat.

Den folgenden Fall führt Hardy als Beispiel chronischer Alkohol-Intoxikation an. Ein 50 Jahre alter Mann wird bewusstlos, in epileptischen Convulsionen, mit Schaum vor dem Munde auf der Strasse gefunden; die Convulsionen waren links stärker als rechts; der linke Arm paretisch. Kurz nachher erlag Pat. einer Synkope. Bei der Section fanden sich Hirn und Hirnhäute vollständig normal; dagegen zeigten die Leber und das Herz „die für chronische Alkohol-Intoxikation charakteristische fettige Degeneration". Auch sind die Convulsionen ein nicht ungewöhnliches Symptom des chronischen Alkoholismus, insbesondere des Absinthismus. E. Bardenhewer.

---

5. **Rainaud, Uebertragbarkeit der Wuth vom Menschen auf Kaninchen.** (Journ. de Pharm. et de Chim. S. 5. T. 1. p. 57. — Aus: Archiv d. Pharmacie. S. 3. Bd. 16. S. 380.)

Rainaud hatte Gelegenheit, das Blut eines Wuthkranken aus dem Hospital Larisboisière Thieren einzuimpfen. Er erhielt ein nega-



tives Resultat. Dagegen trat bei einem Kaninchen, das mit dem Speichel des Kranken am 11. October am Ohre und unter die Haut des Rumpfes geimpft worden war, schon am 15. ein Wuthanfall auf. Das Thier geberdete sich wie unsinnig, rannte an die Wände seines Käfigs, heftige Schreie ausstossend, indem es Geifer durch den Mund auswarf; zuletzt fiel es in völlige Erschlaffung und erlag in der folgenden Nacht. Von den Kieferdrüsen dieses Thieres werden Stücke unter die Haut zweier Kaninchen gebracht, welche beide, das eine nach 5, das andere nach 6 Tagen, unterlagen. Der Speichel eines durch den Biss eines tollen Hundes wuthkrank gewordenen Menschen erwies sich also als giftig, indem er die Wuth auf das Kaninchen übertragend diese Ansteckung auch aller Wahrscheinlichkeit nach unter sonst günstigen Umständen von Mensch auf Mensch übertragen haben würde.

Schulz.

---

6. **Prof. Ch. Lasègue, La Pathogénie de l'Epilepsie.** Die Pathogenese der Epilepsie. (L'Union médicale Nr. 52. 1880.)

Die Pathogenese dieser Krankheit besprechend, mit Hinsicht auf ihr Entstehen durch Schreck oder Gemüthserregung, erklärt L., keinen Fall gefunden zu haben, welcher mit Sicherheit nachweisbar, aus Schrecken oder Gemüthserregung entstanden sei. Roux.

---

7. **Béchamp, Alkohol in den thierischen Geweben während des Lebens und nach dem Tode.** (Journ. de Pharm. et de Chim. S. 4. T. XXX. p. 504. Aus: Arch. d. Pharmacie. S. 3. Bd. 16. S. 373.)

Béchamp fand in Muskelstücken, die gleich nach dem Tode des Thieres noch warm zur Untersuchung gelangten, Alkohol vor. Ebenso gelang es ihm, Alkohol aus völlig gefaultem Fleisch darzustellen. Auch Muskelparthieen einer an Pneumonie verstorbenen Frau, die nachweislich vor ihrem Ende keine Spirituosen genossen hatte, wurden 24 Stunden nach dem Tode analysirt und gaben dem Verfasser, wie auch die übrigen Versuche, ein bestätigendes Resultat hinsichtlich des Alkoholnachweises. Schulz.

---

8. **N. Bubnow, Ueber den Einfluss des erhöhten arteriellen Blutdrucks auf das Endocardium.** Aus dem Laboratorium des Prof. S. P. Botkin. Vorläufige Mittheilung. (St. Petersburg. medicin. Wochenschr. Nr. 19. 1880.)

Bei vergleichenden Untersuchungen über die pathologisch-anatomischen Veränderungen nach Intoxikationen mit verschiedenen Herzgiften fand B. bei Sectionen durch Herzgifte zu Grunde gegangener Thiere ausser unbedeutenden, in verschiedenenen Organen zerstreuten Ekchymosen (Pleura, Magen- und Dünndarmschleimhaut) solche auch unter dem Endokard beider Ventrikel, vorherrschend im linken, bisweilen in solcher Abundanz, dass das Endokard des l. Ventrikels buchstäblich wie mit Blut durchtränkt erschien. Dagegen waren die Ekchymosen in viel geringerer Anzahl vorhanden, fehlten häufig sogar gänzlich bei Thieren, welche sofort nach Durchschneidung des



Rückenmarks zwischen dem os occipitis und dem ersten Halswirbel, namentlich mit gleichzeitiger Durchtrennung beider Sympathicovagi und Splanchnici, vergiftet wurden. B. dachte desshalb an eine Abhängigkeit der Ekchymosirung von Schwankungen des arteriellen Blutdrucks, und daraufhin angestellte Experimente ergaben:

„A. Compression der Bauchaorta brachte bei kurarisirten Thieren immer reichliche Ekchymosen im Endokard beider Ventrikel, besonders des linken, hervor.

„B. Reizung des Querdurchschnitts des zwischen os occipitis und ersten Halswirbel durchschnittenen Rückenmarks vermittelst des unterbrochenen Stromes bewirkte immer das Entstehen reichlicher Ekchymosen im Endocard. Selbst mechanische Reizung desselben rief bisweilen denselben Effekt hervor.

„C. Brachte ich bei kurarisirten Thieren durch Auf- und Abschieben des Blasebalgansatzes am Apparat für künstliche Athmung, Asphyxie zu Stande, so fanden sich in der Mehrzahl auch Ekchymosen im Endokard beider Ventrikel.

„D. Endlich ist es mir auch gelungen, ziemlich leicht Ekchymosen zu erzeugen, sobald ich den arteriellen Druck mittelst Reizung sensibeler Nerven, z. B. des ischiadicus, erhöhte."

Diese Rupturen — das mikroskopische Bild der Ekchymosen spricht deutlich für Rupturen kleiner arterieller Gefässe — prävaliren im Endokard des l. Ventrikels wegen der in Folge erhöhten arteriellen Drucks forcirten Herzaktion, und weil die Saugkraft des Herzens im l. Ventrikel am stärksten ist. Die Ekchymosirung des Endocards erscheint von hoher Wichtigkeit für die Pathologie des Herzens, weil die Infiltration mit rothen Blutkörperchen von hervorragender Bedeutung für die Entwicklung von Geschwüren ist.

E. Bardenhewer.

---

9. **Litten, Ueber embolische Muskelveränderung und die Resorption todter Muskelfasern.** Ein Beitrag zur Frage von der Ueberwanderung embolischen Materials bei offen gebliebenem Foramen ovale. (Virchows Arch. Bd. LXXX. Heft 2. S. 281.)

Bei der 43jährigen Sch. hatten sich nach verschiedenen Prodsomalerscheinungen heftige Schmerzen im rechten Bein eingestellt. Es folgte bald völlige Empfindungslosigkeit desselben und im weiteren Verlaufe bildete sich eine theils feuchte theils trockene Gangrän aus. Bei der Section wurde die rechte Schenkelarterie und -vene mit adhärenten Thromben gefüllt gefunden. Ausserdem fanden sich embolische Narben der Nieren und Milz, sowie multiple Embolien der Lungenarterie. Lungenvenen überall frei, Intima des linken Herzens und der Aorta völlig intakt. Erst die weitere von Virchow vorgenommene genauere Untersuchung ergab Thrombusbildung im rechten Vorhof und offenes Foramen ovale. Bei dem Mangel jeder anderen Erklärung musste angenommen werden, dass Thromben aus dem rechten Vorhof durch das Foramen ovale in das linke Herz gelangt waren und die Embolien veranlasst hatten. Ueber die anatomischen Veränderungen der Muskulatur des rechten Unter- und Oberschenkels kann hier nicht gehandelt werden.

**Ribbert.**

---



10. **Docent Rud. Meyer-Hüni, Weitere Beiträge zur Pathologie und Therapie des Keuchhustens.** (Zeitschr. für klin. Medic. Bd. I. Heft III, pag. 461—495.)

Verf. begründet die Nothwendigkeit der laryngoskopischen Untersuchung zur Erkenntniss des Krankheitssitzes beim Keuchhusten. Er machte deshalb häufige und ausführliche Beobachtungen an Kindern und Erwachsenen, welche durch Ansteckung, deren Weg nachweisbar, erkrankt waren. Zwei uncomplicirte Fälle von Kinderkeuchhusten wurden genau verfolgt. Bei einem etwas schwächlichen Mädchen war von Anfang an die Schleimhaut des Respirationstractus von der Nase bis in die feineren Bronchien hinein entzündet, bei einem kräftigeren Knaben schien ein allmähliches Hinabsteigen der Entzündung von der Nase bis zum Kehlkopf statt zu haben; erst nachher schritt diese auch in einige Bronchien fort. Geringe Schwellung und Hyperaemie der Schleimhaut, vermehrte Succulenz derselben, spärliches seröses Secret, entspricht dem Beginn der Erkrankung. In der Folge (nach 10—14 Tagen) entwickelt sich der Entzündungszustand stärker und in grösserer Ausdehnung. Die Stimmbänder sind gar nicht, die vordere Partie der oberen Larynxhöhle und die Schleimhautfalten nach den Pharynx nur wenig entzündet. Secret wird consistenter. Die Capillaren-Verästelungen der Bronchien bleiben frei. Diesem Zustande entspricht hochgradige Hyperaesthesie, so dass unbedeutende Reize den Hustenschauer auslösen. Nach 3- oder 5wöchentlicher Dauer dieses Stadiums nehmen die Erscheinungen ab. Die bis dahin bestehende gleichmässige Sammetröthe der entzündeten Schleimhautpartieen macht nun einer höckerigen, unebenen Schwellung Platz, beschränkt sich auf einzelne Flecken, es vermindern sich die Rasselgeräusche, Sputa werden spärlicher und dicklicher. Bei Kindern scheint Regel zu sein, dass die Erkrankung der Schleimhaut sich bis in die Bronchien fortsetzt, während „bei der Pertussis der Erwachsenen die Mitleidenschaft der Luftröhrenverzweigungen weniger in's Gewicht fällt"; dagegen ist die superficielle sog. catarrhalische Entzündung in der Trachea, der unteren Larynxhöhle an der hinteren Stimmbandcommissur und an der hinteren Region des Larynxeinganges deutlicher, als bei Kindern erkennbar. Was die Auslösung des Hustens betrifft, so bestehe die grösste Reizbarkeit für diese an der hinteren Larynxschleimhaut in der Höhe der Stimmbänder und etwas weiter hinab. „Hustenregion des Larynx". Die Reizung dieser Stelle macht den Husten so convulsivisch und bedingt den Glottiskrampf während des Anfalls. Auch durch physiologische Experimente ist die Reizbarkeit dieser Stelle nachgewiesen (Nothnagel, Kohts, Bidder). Die vordere Wand der unteren Kehlkopfschleimhaut (Rehn) ist dagegen unerregbar. In der Tracheal-Schleimhaut bietet nur die Bifurcationsstelle eine ausgesprochene Hustenerregbarkeit. Etwas Specifisches gesteht M. den einzelnen Symptomen des Keuchhustens nicht zu; als specifisches Leiden ist er nur charakterisirt durch die Gruppirung der Symptome, ihre Verlaufsweise und namentlich die Aetiologie. Die oft gleichzeitige Erkrankung auf der ganzen Strecke der befallenen Schleimhaut, die Ausschliessung der Stimmorgane im engeren Sinne, Contagiosität des Secrets, die relative Immunität nach



einmaliger Durchseuchung sprechen für die Möglichkeit, dass der Keuchhusten einen den exanthematischen Infectionen ähnlichen Prozess setzt, welcher seine Localisation in der Mucosa des Respirationstractus findet. Erfolg einer antibacteritischen Behandlung mit Chinin konnte M. weder bei innerlicher noch bei localer Anwendung erfahren (gegen Hagenbach und Steffen). Erfolg dagegen ergab die Anwendung von Adstringentien; am evidentesten bei Erwachsenen, welche subjectiv den Hustenreiz nur in den Larynx verlegten ohne Betheiligung der tieferen Luftwege. „Wenige Eintragungen von Alaunpulver oder Einpinselung von 1—2 pCt. Arg. nitr. solut. auf die hintere Larynx-Wand beseitigten den Hustenreiz und den Glottisspasmus". Milderung ist erzielt durch Dampfinhalation von Adstringentien (Arg. nitr. 1,0:1000,0 aq.; Tannin 1,0 : 100,0—200,0; Kali chloric. 1,0 : 50,0 oder 100,0) 3 bis 4mal tägl. zu 5—8 Minuten ausgeführt. Wohlthätig ist das Offenhalten der entzündlich verlegten Nasenwege (mit dem Sprayapparat nach von Tröltsch. Einathmung verdunsteten ol. terebinth. verschlimmerte den Husten. Die Narcotica, welche zur Behandlung nothwendig, sind zur besseren Dosirung innerlich zu reichen. Morphium am ehesten für die Behandlung Erwachsener zu reserviren; für Kinder nur ergänzungsweise neben Belladonna in sehr minimen Dosen (0,001 bei 4- oder 5jährigen). Belladonna macht die Anfälle sichtlich seltener, Hustenstösse und Glottisspasmus milder. (Atropin. sulfur. 0,05 : 30,0 aq. und davon Vormittags 3, Abends 4 Tropfen in Zuckerwasser); setzt die Hyperaesthesie und Hypersecretion in der erkrankten Schleimhaut der Luftwege herab und vermindert die Contraction der beim Hustenact betheiligten Muskulatur. Finkler.

---

11. **Angine Couenneuse.** Häutige Bräune.

Unter dieser Ueberschrift findet sich im Moniteur de la Policlinique (Nr. 11, 1880) die kurze Mittheilung, dass bei der Erkrankung eines Erwachsenen an häutiger Bräune durch subcutane Injectionen von Pilocarpin (0,01 pro Injection) Heilung erzielt worden sei.

Ungar.

---

12. **Dr. Moers, Ein Fall von 3 Monate andauernder vollständiger Verschliessung des Darmes und beider Ureteren durch Fibrome.** (Berl. klin. Wochenschr. 1880. No. 21.)

Bei einem $16^1/_2$jährigen Mädchen, die stets schwächlich und noch nicht menstruirt war, trat unmittelbar nach dem Ablauf einer Pneumonie Schmerz in der rechten Bauchseite und immer mehr zunehmende Stuhlverstopfung ein, die endlich weder durch Drastica noch Lavements mehr gehoben werden konnte. Vom 24. Dezember 1878 ab erfolgte gar kein Stuhl mehr, Abführmittel vermehrten nur den Schmerz; vom 3. Febr. an blieb auch die Harnentleerung aus und am 8. Febr. wurde die Patientin dem Krankenhause übergeben. Starke Abmagerung, stets aufgetriebener Leib, in der obern Hälfte tympanitisch, nach abwärts mässig gedämpft, starke Contractionen bis armsdicker Darmschlingen werden beobachtet; die hohe Spannung des Leibes lässt nichts Abnormes mit



der Palpation erkennen, ein hoch eingebrachter Einlauf von 2 Liter fliesst ohne Koth wieder ab; die Harnblase ist leer. P. vaginam und p. anum werden im kleinen Becken einige bewegliche, harte, bis taubeneigrosse Tumoren gefunden. Alle paar Tage erfolgt eine unbedeutende Harnentleerung. Stuhlgang findet bis zum Todestage, 28. März, nicht statt, Erbrechen nur nach Diätfehlern, Kothbrechen kam in der ganzen Krankheit nicht vor. Am 28. März Abends 7 Uhr erfolgt bei vollem Bewusstsein Perforation des Darmes, Nachts darauf der Tod. Section 11 Stunden nachher. Die ganze untere Bauchhälfte von lehmigem, teigigem, gelben Kothe erfüllt. Colon transvers. und ascend. zusammengefallen, leer, Coecum aufgetrieben. Ileum bis armdick erweitert, die Erweiterung nimmt im Jejenum allmählich ab, Magen von normalem Volumen. Die Ileocoecalklappe „so übereinander geschichtet", dass auch nicht ein Tropfen Wasser nach dem Coecum durchdringen kann, während von unten her eine dicke Knopfsonde die Klappe hebt und durchdringt. Unterhalb der völlig intacten Schleimhaut der Klappe ein harter schwieliger Tumor 5 cm lang, 3 cm dick. Muscularis im Ileum stark hypertrophisch. 24 cm oberhalb der Klappe ein Riss in der Darmwand, in der Muscularis 4 cm, in der Serosa 2 cm lang — in der Nähe ein zweiter Riss nur in der Muscularis. Mehrere Fibrome in der Nähe des Uterus, deren eins den linken Ureter umschloss und comprimirte. Gleich oberhalb der Geschwulst ist der Ureter daumendick, mit klarem dunkelgelbem Urin gefüllt. Das Nierenbecken stark erweitert, Substanz der Niere geschrumpft. Der rechte Ureter dicht vor der Blase von einem kirschgrossen Fibrom umgeben und fast ganz comprimirt; seine Erweiterung etwas geringer als links. Nierenbecken und Niere wie links. Harnblase klein, blass, ganz leer. R.

---

13. **L. Biber, Fall von primärer Perinephritis und Peripsoitis lateris sinistri mit secundärem Empyem derselben Seite.** (Wien. med. Presse. 1880. Nr. 16.)

Bei Aufnahme der 42jährigen, schlecht genährten, anämischen Patientin in das Wiedener Krankenhaus in Wien klagt dieselbe über heftige Schmerzen in der linken Lendengegend, die seit 4 Wochen bestanden und in die linke Extremität ausstrahlten. Die linke Regio lumbalis ist auf Druck empfindlich; die linke untere Extremität im Hüft- und Kniegelenk gebeugt, an den Stamm angezogen, verursacht bei Streckversuchen heftige Schmerzen. In der linken Regio ileo-lumbalis eine ziemlich deutlich umschriebene, handtellergrosse, sehr schmerzhafte Stelle, über der der Perkussionsschall gedämpft erscheint. Nach einigen Tagen an dieser Stelle deutliche Fluctuation. Wiederum einige Tage später bekommt Patientin Athembeschwerden, heftiges Stechen in der linken Thoraxhälfte, Cyanose des Gesichtes. Die physikalische Untersuchung ergibt jetzt einen Flüssigkeitserguss in die linke Pleurahöhle. Derselbe nimmt in den nächsten Tagen an Menge zu, steigt bis zur 2. Rippe und verdrängt das Herz. Dabei wiederholt Schüttelfröste und grössere Temperatur-Schwankungen. Tod am 30. Tage nach der Aufnahme. Die Section ergibt: In der linken Pleurahöhle bei 3



Liter jauchig eitrigen Exsudates. — Seitlich der linken Niere eine ungefähr kindskopfgrosse, mit jauchiger Flüssigkeit erfüllte, von der übrigen Bauchhöhle durch membranartig organisirtes Exsudat abgeschlossene Höhle. Die Nierenkapsel namhaft verdickt, jedoch ziemlich leicht von der Niere abziehbar. Die Niere selbst blutarm, seitlich comprimirt, die Corticalis graugelb infiltrirt. — Die Scheide des linken Psoasmuskels von demselben abgehoben, verdickt. In dem dadurch gebildeten Hohlraum, der sich bis zum kleinen Trochanter hinzieht und mit der früher geschilderten Höhle durch eine kleine Oeffnung communicirt, jauchiges Exsudat angesammelt. Ungar.

---

14. **Dr. J. E. Güntz, Miliaria-Ausschlag in Folge von Berührung mit rohem Spargel.** (Vierteljahresschrift für Dermatologie u. Syph. VII. Jahrg. 1. Heft. S. 65.)

G. beobachtete eine ausgebreitete Miliaria bei einer Schwester eines Restaurateurs, welche ausschliesslich beschäftigt war, die Stangen des rohen Spargels zu putzen. Die Atmosphäre des Raums, in welchem die Pat. von Morgens bis Abends umgeben von grossen Körben von Spargeln sich aufhalten musste, war durchdringend intensiv aromatisch und verursachte Niesen und Augenstechen für den Ungewohnten. Die Miliaria nahm die von Kleidern entblössten Arme, Hals und Gesicht ein, Augenlider stärker geröthet, chemotisch geschwellt, starke Conjunctivitis; Allgemeinbefinden nicht gestört. Ohne besondere Therapie schwand der Ausschlag bei Aussetzen der Beschäftigung; bei Wiederaufnahme derselben trat nur eine leichte Röthe ohne Bläschenbildung an den Armen auf. Doutrelepont.

---

15. **Edmund Guentz, Ueber subcutane Injectionen mit Bicyanetum hydrargyri bei syphilitischen Erkrankungen.** (Wiener med. Presse. 1880. Nr. 12. 13. 14. 15. 18. 19.)

G. behandelte 44 an Syphilis Leidende, deren Krankengeschichten er in cursorisch gehaltenen Auszügen mittheilt, und 6 mit Primäraffection Behaftete mit subcutanen Injectionen von Bicyanetum hydrargyri. Er bediente sich hierzu einer nach folgender Vorschrift bereiteten Lösung: Bicyanetum hydrargyri 1,0, Aqu. dest. 100,0 d. in partes aequales Nr. 4. Detur in vitr. bene clausis. Das Bicyanetum (nicht Cyanetum) hydrargyri ist ein an der Luft sehr leicht zersetzliches Präparat, welches Blausäure entwickelt und dabei Quecksilber niederschlägt. Es empfiehlt sich daher die Lösung in mehreren kleinen Fläschchen aufzubewahren und ausserdem aus jedem derselben nur 2—3mal zu injiciren. Von jener Lösung injicirte G. eine 1 gr haltige Injectionsspritze voll; bei einzelnen Personen machte er auch zwei solcher, 0,01 Bicyanet. Hydr. enthaltender, Injectionen hintereinander, will jedoch diese doppelte Gabe der Blausäure halber mit Vorsicht betrachtet wissen. Der Einfluss auf die verschiedenen Symptome der Krankheit war bei allen an Syphilis Leidenden schon nach wenigen, 3 bis 5, Einspritzungen ein auffällig rascher und deutlicher. Zuweilen macht dann der Rückbildungsprocess der Symptome einen Stillstand, um jedoch meist von der



20., 30. oder selbst 40. Einspritzung an wiederum rasch und nachhaltig fortzuschreiten. Nur ausnahmsweise blieb auch dann die Besserung aus. In den frischen Fällen konnte, obgleich schon von den ersten Tagen nach der Ansteckung an mit den Injectionen begonnen wurde und bei jedem derselben 30 Injectionen zur Anwendung kamen, die Bildung einer deutlichen Induration mit nachfolgender Syphilis nicht verhindert werden. Von 50 Personen wiesen zwei Frauen und ein Mann die Fortsetzung der Injectionen der durch dieselben bewirkten Schmerzen halber zurück. Doch erklärt G. die Schmerzen nach den Injectionen mit Bicyanet. hydr. für viel geringer, als nach Sublimat-Injectionen. Von subjektiven Symptomen wurden ferner mehrmals Schwindel, Ohrensausen, Flimmern vor den Augen, einmal Brechneigung beobachtet. Als objektive Allgemeinerscheinung sah G. bei 2 Männern und 2 Frauen Ohnmacht eintreten. „Es schien mir, als ob bei der Zersetzung des Präparates die freiwerdende Blausäure als die Ursache der Ohnmachten und Collapse angeschuldigt werden musste“. Was die objectiven örtlichen Erscheinungen an der Injectionsstelle anbelangt, so wurden zwar leichtere und stärkere Infiltrationen, aber nie von der Intensität und Hartnäckigkeit wie nach Sublimat beobachtet. Nicht selten kam es zur Bildung von Blasen wie nach Vesicatoren. Eine sehr gewöhnliche Veränderung war eine ohne Schmerzen auftretende Mumification der Haut in der Ausdehnung eines Fünfpfennig- bis Zweimark-Stückes. Die mumificirte Stelle war trocken, von schwarzer Farbe, mit darunter befindlicher leichter, nur oberflächlicher Eiterung. Sich selbst überlassen, fiel der lederartige, feste, trockene, schwarze Schorf nach 3—6 Wochen ab, nachdem unter ihm die Haut glatt geheilt war. Auffällige Zeichen von Mercurialismus traten nur bei 3 Patienten auf. Bei 2 in der Form von heftiger Salivation und Stomatitis nach der dritten resp. sechsten Injection; bei dem dritten zeigte sich nach der dritten Einspritzung eine leichte Affektion des Zahnfleisches und trat nach einigen weiteren Einspritzungen Kolik, Diarrhoe und blutiger Stuhl ein. In den resumirenden Schluss-Bemerkungen hebt G. hervor, dass die geschilderte Methode der Syphilisbehandlung in vielen solchen Fällen, wo alle übrigen bekannten Methoden sich vollkommen fruchtlos erwiesen, eine complete Beseitigung der Krankheitssymptome auf lange Zeit erzielte und für manche dieser Fälle völlige Heilung mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen sei. Namentlich sei der Erfolg bei jenen qualvollen verzweifelten Formen schmerzhafter Geschwüre und Krustenbildungen und mitunter bei Knochenschmerzen überraschend glänzend gewesen. Selbst vorausgegangene intensive Quecksilberkuren bildeten an und für sich keine Contraindikation für den Versuch der Injectionsmethode.

Ungar.

---

16. **Dr. Goltdammer, Ueber die Punction von Pleura-Ergüssen.** (Berl. klin. Wochenschr. 1880. Nr. 19 u. 20.)

G. theilt in diesem Vortrag uns seine eignen Erfahrungen mit. Er hat in 123 Fällen 200 Punctionen gemacht. Von diesen betrafen 19 eitrige Exsudate, 49 primäre sero-fibrinöse, 55 Pleuraergüsse bei Phthisikern, Pneumothorax, Typhus, Pleuritis tuberc., carcinosa, Hydrothorax



bei Herz- und Nierenkrankheiten. Bei Empyem versuchte G. 2mal die einfache Punction, musste aber zur Incision übergehen, die er immer mit Rippenresection verbindet, und empfiehlt die Stelle am Angulus scapul.; der Verband muss möglichst aseptisch sein. Die kürzlich von Baetz in Tohio empfohlene Ausspülungsmethode mittelst Thymolwasser (s. d. Centralbl. Nr. 6. S. 92) wandte G. bei einer 41jährigen äusserst marastischen Frau an, bei der er sich wegen zu grosser Entkräftung nicht zur Incision entschliessen konnte. Er bediente sich dabei eines etwas vereinfachten Troikarts. Innerhalb $^3/_4$ Stunden wurde aller Eiter durch den Durchlauf von 2 Liter Thymolwasser ausgespült. Die Operation geschah am 19. Febr., 2. März: Temperatur andauernd normal, Allgemeinbefinden vorzüglich. Es findet keine Wiederansammlung statt. Mit Diureticis werden die bestehenden Oedeme beseitigt. 10. April vollständige Genesung. Unter den sero-fibrinösen Pleuraergüssen waren 22 hochgradige, 27 mittlere und kleinere. Die hochgradigen Ergüsse entstehen gewöhnlich langsam, sehr gewöhnlich ist die Dyspnoe die Indication zur Punction, doch soll man deren Eintritt nicht abwarten; bestehendes Fieber ist keine Contraindication, dasselbe fällt nach der Punction gewöhnlich bald. In 8 Fällen verschwand der noch zurückgebliebene Rest binnen 14 Tagen unter gesteigerter Diurese. Nur in 7 Fällen fand eine erhebliche Wiederansammlung statt, und bedingte 1—3malige Wiederholung der Punction; dies war bei 13 früh operirten (zwischen 12—23 Krankheitstage) Fällen 3 mal, bei 9 spät operirten 4 mal der Fall. Meist beobachtete man nur ein Ansteigen nach der Punction um 1—2 Intercostalräume. Die Entleerung betrug $1^1/_2$—$3^1/_2$ Liter. G. sah niemals üble Zufälle, bediente sich aber grundsätzlich bei hochgradigen Exsudaten nicht der Aspirationsmethode, sondern des Troikarts mit einfachem Condomverschluss. Bei den mittleren und kleineren Exsudaten punktirte G. bei zögernder Resorption d. h. wenn etwa 8 Tage nach Aufhören des Fiebers keine Zeichen beginnender Aufsaugung da waren; daher niemals vor Beginn der 4. Woche. Die Menge der Entleerung betrug 5—600 Ccm., Uebergang in Eiterung kam nicht vor, Wiederansammlung war die Ausnahme. G. hält sich überzeugt, dass die Punction die sonst oft beobachteten üblen Folgen, käsige Pneumonien, Schrumpfung des Thorax, wesentlich vermeiden hilft. Alle 49 Fälle genasen. In den 55 Fällen secundärer Ergüsse war nur in 2 Fällen hämorrhagischer Ergüsse ein schwächender Einfluss der Punction zu bemerken, sonst immer die beabsichtigte Erleichterung. Zunächst wird die Dyspnoe geringer, bei Herzaffektionen oft noch anderer Vortheil durch Entlastung der Herzarbeit erreicht. G. punktirte auch mit Vortheil Ergüsse, die mit hämorrhagischen Infarcten einhergingen, aber er liess nur einen Theil der Flüssigkeit ausfliessen. Auch bei bestehendem Pneumothorax war der Erfolg der Punction zuweilen ein weiterreichender. Zweimal dehnte sich danach die Lunge vollständig wieder aus; selbst wo bei offner Lungenwunde die entleerte Flüssigkeit durch Luft ersetzt wird, ist es besser Luft als Flüssigkeit im Thorax zu haben. Die Entleerungen kleinerer Ansammlungen können nur mit Aspiration bewirkt werden. G. bediehte sich einer durchbohrten, feinen Nadel, die durch einen Gummischlauch mit der Dieulafoy'schen



Glasspritze verbunden wurde, und stach entweder im 7. oder 8. Intercostalraum am Ang. scapul., oder bei weit nach vorn reichenden Ergüssen im 5. oder 6. Intercost. in der Axillarlinie ein. Mit der Nadel macht man wenig Schmerz, kann in die engsten Intercostalräume und erreicht sicherer die Flüssigkeit. Treten spannende Schmerzen oder Hustenparoxysmen während der Entleerung ein, so hört man auf und entleert überhaupt nicht vollständig. Plötzliche Todesfälle, die in der Litteratur berichtet sind, mögen vielleicht auf zu später Punction oder Herzzuständen beruhen (Pericardialverwachsung, Fettentartung etc.). Dass die Punction an sich ein serofibrinöses Exsudat in ein eitriges umwandeln könne, bestreitet G. Es geschieht dies nur durch mangelhafte Beachtung aller aseptischen Massregeln. — Alles muss vor der Operation desinficirt sein, und man hüte sich durch Vorstossen des Stempels den Spritzeninhalt wieder in die Pleura zurückzudrängen. In manchen Fällen wird auch eine bereits eingeleitete eitrige Umwandlung übersehen, die dann nach der Punction natürlich weitere Fortschritte macht. So einfach also die Punction ist, so grosse Vorsicht und Gewissenhaftigkeit erfordert sie doch bei jeder Ausführung.

R.

---

17. **Hayer, Jodoform bei Augenleiden.** (Journ. de Pharm. et de Chim. S. 5. T. 1. pag. 62. Aus: Archiv d. Pharmacie. S. 3. Bd. 16. S. 381.)

Hayer empfiehlt das Jodoform bei Geschwüren der Hornhaut, chronischer Keratitis und erwähnt es in ähnlichen Fällen lobend. Das feine Jodoformpulver wird direct mit einem Haarpinsel auf die erkrankten Stellen aufgetragen. Soll es auf die Augenlider applicirt werden, so verordnet H. es in Salbe aus 1 Theil Jodoform zu 4 Theilen Vaseline. Das Jodoform schmerzt im Auge angewandt nicht, so dass selbst Kinder seine wiederholte Anwendung nicht zurückweisen.

Schulz.

---

18. **Prof. Pick, Ueber die therapeutische Verwendung des Pilocarpins bei Hautkrankheiten.** (Vierteljahrsch. f. Dermat. u. Syph. VII. Jahrg. Heft 1. S. 67.)

P. hat das Pilocarpinum muriaticum, Pilocarpinum purum und salicylicum durch einen Zeitraum von mehr als $2^1/_2$ J. in einer langen Reihe von Fällen angewendet. Ausgehend von der Ansicht, dass es sich bei den chronischen Dermatosen hauptsächlich um eine dauernde Beeinflussung der Hautsekretion handle, gab er das Mittel nur zu 0,01 grm in wässeriger Lösung innerlich je nach der zu erzielenden Wirkung oder zweimal täglich ausserhalb des Bettes (bei günstigem Wetter auch bei Bewegung im Freien) oder im Bette; im Hospitale wurden meist subcutane Injektionen gemacht. Die Wirkung des Mittels trat stets schnell auf und versagte nie vollständig; nur nach langdauerndem Gebrauche musste zuweilen die Dosis verstärkt, oder das Mittel einige Tage ausgesetzt werden, worauf die kleine Gabe wieder gut wirkte. Bei innerlicher Darreichung trat in 21 Fällen zuerst die vermehrte Speichelsecretion und erst später der vermehrte Schweiss,



während bei subcutaner Anwendung die Reihenfolge eine umgekehrte war, in anderen Fällen trat bei beiden Arten der Anwendung der Speichelfluss zuerst auf. Bei längerem Gebrauch des Pilocarpins wurde die Haut weicher, geschmeidiger, Comedonen, Lichen pilaris liessen sich leichter ausdrücken, die trockenen Schuppen am Kopfe wurden geringer oder verschwanden; die Haare erschienen minder spröde, die Wollhaare wandelten sich schneller in derbere pigmentirte Haare um; die gland. cerum. und sebac. der glans und des praeputium secernirten stärker. Bei Prurigo bleibt die Schweisssecretion an den pruriginösen Hautstellen im Anfange fast ganz zurück, nur nach 8—14 Tagen in leichten, nach 4—6 Wochen in schweren Fällen zeigt sie sich auch an diesen Stellen. Das Jucken nimmt jedoch bald ab, neue Erscheinungen des Kratzens bilden sich nicht und die alten verschwinden. Nach weiteren 4—8 Wochen bilden sich auch die Drüsengeschwülste, die Xero- und Pachyderima zurück, so dass in leichteren Fällen die Haut vollständig normal wurde, in den schweren Fällen nur die Verdickung der Haut zurückblieb. Die mittlere Behandlungsdauer war 65 Tage. Auch ohne gleichzeitige Einwickelung in Watte war das Resultat dasselbe, wenn es sich auch etwas später einstellte. Bei combinirter Behandlung (Piloc. mit Seifenbädern, Solut. Vlemingk, Theereinreibungen, Glyzerinamylum u. s. w.) schwanden die Symptome noch schneller. Recidive bleiben nicht aus, scheinen jedoch später und leichter aufzutreten. Auf den Verlauf von Psoriasis hat Pilocarpin keinen Einfluss gezeigt und der fortgesetzte Gebrauch, nachdem die örtlichen Symptome geschwunden waren, nicht vor Recidiven geschützt, letztere traten sogar noch während des Gebrauches des Mittels auf. Die Wirkung des P. bei Eczem war bei den verschiedenen Formen verschieden. In drei Fällen von nässendem E. des Gesichts und zwei Fällen von universellem acuten E. wirkte P. nachtheilig; dagegen bei chronischem E. mit Verdickung des corion und bedeutendem Jucken leistete P. vorzügliche Dienste: das Jucken wurde gemildert und die Infiltration der Haut bildete sich rascher zurück. In 2 Fällen von Pruritus senilis wurde vollständige Heilung erzielt, in einem anderen Falle, bei welchem der Pruritus vom Scrotum ausgegangen war, schien Pil. Anfangs günstig zu wirken, blieb jedoch zuletzt wirkungslos. Ein Fall von Pr. vulvae wurde bei dreiwöchentlichem Gebrauche von Pilocarpin (0,01 zweimal täglich) geheilt. Bei einem Herrn, der an Urticaria chron. litt, verschwanden die Erscheinungen, nachdem acht Tage Pil. angewendet worden war, und waren nach 2 Monaten nicht wiedergekommen. Bei Alopecia areata war die Wirkung eine zweifelhafte, bei Trichoptilosis barbae (1 Fall) eine dreimonatliche Anwendung nutzlos. Günstiger sind die Erfolge bei Alopesia pityrodes. Pick glaubt, dass wenn die Krankheit keinen hohen Grad erreicht hat und nicht auf hereditärer Grundlage beruht, die Pilocarpinbehandlung dauernden Erfolg zu erzielen im Stande ist. Doutrelepont.

---

19. **John Tweedy, On the mydriatic properties of homatropin or oxytoluyltropin, with an account of its general physiologic action by Sidney Ringer.** Ueber die mydriatischen Eigenschaften des Homatropin oder Oxytoluyltropin, mit einem Bericht seiner allgemeinen physiologischen Wirkung. (The Lancet, Nr. 21. 1880.)

T. empfiehlt das Homatropin als ein genügend starkes Mydriaticum, dessen Wirkung schneller eintritt und weniger lange dauert als die des Atropins; er bediente sich einer Lösung (von 0,25 : 30,0) des Hydrobromats des Homatropins. Nach R. lähmt und tetanisirt dasselbe Frösche ähnlich wie Atropin; seine lähmende Wirkung ist weniger intensiv und von weniger langer Dauer; Tetanus dagegen ruft es schneller hervor als Atropin. Nach vollständiger Lähmung durch Homatropin bleiben die peripheren Nerven und die Muskeln für geringe elektrische Reize erregbar; R. glaubt desshalb, dass das Homatropin wie das Atropin seine Hauptwirkung auf die Nerven-Centralorgane und zwar auf das Rückenmark ausübe. Es lähmt wie das Atropin den intrakardialen Hemmungsapparat; die Wirkung des Muskarins auf das Froschherz hebt es auf. Oertlich auf das Herz applicirt, verlangsamt das Homatropin die Herzaktion weniger als das Atropin. Beim Menschen bewirkt es Verlangsamung und Irregularität der Herzaktion, während das Atropin dieselbe beschleunigt und verstärkt. Homatropin ist ein weniger starkes Antagonistikum des Pilokarpins als das Atropin. — Dasselbe besitzt demnach viele von den Eigenschaften des Atropins, aber in geringerem Grade. In Bezug auf die mydriatische Wirkung ist es nach T. jedoch nicht gleich einem schwachen Atropin; dieselbe tritt schnell ein und ist vollkommen ausgiebig. Dass sie weniger lange dauert wie die des Atropins ist als ein Vorzug des Homatropins anzusehen, von welchem T. ausserdem in ungefähr 50 Fällen, wo er obige Lösung anwendete, niemals eine reizende oder sonstwie unangenehme Wirkung gesehen hat. Das Homatropin wurde von Ladenburg dargestellt durch Behandlung des Amygdalats des Tropins (Atropin = Tropin und Tropinsäure) mit verdünnter Salzsäure im Wasserbad und Fällung der Lösung mit kohlensaurem Kali. E. Bardenhewer.

---

20. **Dr. Risel** und **Dr. Kobert, Ueber Thymollymphe** (Correspondenzblatt des Vereins der Aerzte im Reg.-Bez. Merseburg und dem Herzogthum Anhalt. Mai 1880. p. 2. Protokoll der Herbstversammlung 1879.)

Dr. Risel, Vorsteher des Impfinstituts in Halle, hebt die Vorzüge der Thymollymphe hervor und bittet die Collegen, ihn bezüglich der Versuche mit derselben in der Weise zu unterstützen, dass sie ihm gestatten, ihnen statt der reinen oder Glycerinlymphe eine Mischung aus gleichen Theilen Lymphe und concentrirter wässeriger Thymollösung zu übersenden und dass sie ihm Nachricht über die damit erzielten Erfolge zukommen lassen. Dr. Kobert erwähnt hierzu, dass er im vergangenen Sommer in einem Impfbezirke von 6 Dörfern nichts anderes, als 12 Monate alte Thymollymphe verwendete. Leo.

---



21. **T. Haakma Tresling, Vergiftiging door Nitras Aconitini.** Vergiftung durch Aconitinum nitricum. (Nederlandsch Tydschrift von Geneeskunde Nr. 16. 1880.)

Einige Vergiftungen (worunter eine mit tödtlichem Ausgang) besprechend, macht Verf. darauf aufmerksam, dass das französische Präparat 20 mal stärker wirkt, als das deutsche. Roux.

## Neue Bücher.

Barker, Die Puerperal-Krankheiten, klin. Vorträge, übersetzt von Rothe. Leipzig, A. Abel. Geb. 8 M.

Braun, Lehrbuch der Balneotherapie. 4. Aufl. Berlin, Enslin. 14 M.

Denison, Rocky mountain health resorts. An analytical study of high altitudes in relations to the arrest of Chronic pulmonary Disease. With a map and Chest Chart. Boston. 7 sh. 6 d.

Dowse, Disease of the skin which are produced by derangement of the nervous System. London, Baillière. 2 sh.

Fahmy, Considerations cliniques sur la paralysie infantile. Paris, Parent.

Gerhardt, Lehrbuch der Kinderkrankheiten. 4. vermehrte u. verbesserte Aufl. 1. Hälfte. Tübingen, Laupp'sche Buchhandlung. 6 M.

Georgeon, Rapports pathologiques de l'oeil et des organes génitaux. Paris, Parent.

Hilton, Rest and pain: a course of lectures on the influence of mechanical and physiological rest in the treatement of accidents and surgical diseases and the diagnostic value of Pain. Bell and Sons. 9 sh.

Hofmann, Lehrbuch der gerichtl. Medicin. 2. vermehrte und verbesserte Aufl. mit zahlr. Holzschnitten. 1. Hälfte. Urban & Schwarzenberg. 9 M.

Joffroy, Des différentes formes de la brachopneumonie. Paris, Delahaye & Lecrosnier. 7 frs.

Lagrange, Contribution à l'étude des abcès osseux consécutifs à l'ostéomyélite des adolescents. Paris, Parent.

Legg, On the bile, jaundice, and bilious diseases. Lewis. 25 sh.

Lehmann, Die chronischen Neurosen als klinische Objekte in Oeynhausen. Mit 1 lithogr. Tafel. Bonn, Max Cohen & Sohn. 1 Mark.

Leiter, Beschreibung und Instruction zur Handhabung der von Dr. M. Nitze und J. Leiter construirten Instrumente und Apparate zur Beleuchtung menschlicher Körperhöhlen durch elektr. Glühlicht. Mit 82 Holzschn. Wien, Braumüller & Sohn. 4 M.

Lejeune, De la tumeur blanche de l'articulation radio-cubitale inférieure. Paris, Parent.

Lemoine, Contribution à la de termination et à l'étude expérimentales des localisations fonctionnelles encéphaliques. Paris, Delahaye & Lecrosnier. 2 frs.

Neumann, Lehrbuch der Hautkrankheiten. 5. vermehrte Auflage. Wien, Braumüller. 16 M.

Nodet, Contribution à l'étude des éruptions pemphigoïdes aigues chez l'adulte. Paris, Delahaye & Lecrosnier. 2 frs.

Parrot, Clinique des maladies de l'enfance. Leçon inaugurale avec figures. Paris, Delahaye & Comp.

Perret, La Septicémie. Paris, Delahaye & Lecrosnier. 4 frs.

Van Peski, Etudes historiques sur la tuberculose pulmonaire au point de vue anatomo-pathologique. Paris, Delahaye & Lecrosnier. 3 frs. 50 cts.

Quinquaud, Des Métastases. Paris, Delahaye & Lescrosnier. 3 frs. 50 cts.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.





Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen nebst Titel und Register.

# Centralblatt für KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigirt von

**Dr. H. Rühle,** Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

**Dr. D. Finkler,** Privatdocent und Assistent an der medicin. Klinik in Bonn.

**1880. 5. Juni. Nro. 15.**

**Inhalt.** Referate: 1. **Port**, Zur Aetiologie des Abdominaltyphus. — 2. **Dochmann**, Zur Lehre von der Febris intermittens. — 3. **Salomon**, Ueber pathologisch-chemische Blutuntersuchungen. — 4. **Block**, Beobachtungen über die Einwirkung qualitativ verschiedener Kost, sowie über den Einfluss der Verdauung und Resorption von Fett im Diabetes. — 5. **Rathery**, Contribution à l'étude des hémorrhagies survenant dans le cours de l'hystérie. — 6. **Lancereaux**, Hémorrhagies névropathiques. — 7. **Eulenburg**, Ein schwerer Fall von Prosopospasmus mit ungewöhnlichem Verlaufe. — 8. **Schultze**, Die Theorien über die Area Celsi. — 9. **Michelson**, Zur Discussion über die Aetiologie der Area Celsi. — 10. **Masson**, De l'influence des conditions météorologiques sur la production de la Pneumonie. — 11. **Unverricht**, Ueber ein neues Symptom zur Diagnose der Lungenfistel bei Pyopneumothorax. — 12. **Ziegler**, Ueber die Ursachen der Nierenschrumpfung nebst Bemerkungen über die Unterscheidung verschiedener Formen der Nephritis. — 13. Action toxique des Champignons.

1. **Port, Zur Aetiologie des Abdominaltyphus.** Vortrag gehalten im Aerztlichen Verein München. (Aerztliches Intelligenzblatt. 1880. 17. 18. 19.)

P.'s erste These lautet: „Der Typhus ist eine in strengster Abhängigkeit vom Boden stehende Krankheit, die auf siechhaftem Boden sowohl originär als durch Einschleppung zum Ausbruch kommen kann, auf siechfreien Boden dagegen nicht verschleppbar ist.“ Die strengen Localisten haben bisher eigentliche Contagion, Ansteckung von Fall zu Fall geleugnet. Scheinbare Ansteckung wurde dadurch erklärt, dass das (der Typhuslocalität entstammende, verschleppbare) Typhusgift Personen und Sachen äusserlich anhaften und auf einzelne Individuen übertragen werden könne. Um den notorischen Einfluss der Oertlichkeit nicht unerklärt zu lassen, konnte eine der Ansteckung des Scharlachs, der Pocken u. s. w. analoge Contagion nicht wohl angenommen werden. Dagegen ist die Contagiosität des Typhus besonders von denjenigen Beobachtern stets vertheidigt worden, welche nicht sowohl grosse Epidemien im Ganzen als vielmehr kleinere Bruchstücke oder Tochterherde detaillirter Untersuchung unterworfen haben. Auf kleinem Gebiete tritt der Einfluss der Localität mehr in den Hintergrund, wird derselbe leichter übersehen, obgleich er vorhanden ist. Eine Einigung der Localisten und Contagionisten hält der Verf. nicht mehr für unmöglich und versucht eine solche auf dem Boden der Nägeli'schen



Hypothese. Die Contagion wird vom Verf. zugegeben (und demgemäss eine Reproduction des Typhuskeims im kranken Organismus); aber nur solche Individuen können durch Contagion erkranken, welche durch die Aufnahme von Miasmenpilzen, die dem siechhaften Boden entstammen, die für die Vermehrung der Typhuskeime im Organismus nothwendige Vorbereitung erfahren haben. Hiemit ist zugleich der Einfluss der Localität ausgesprochen. Ausser der miasmatischen Vorbereitung ist (zweite Thesis) eine individuelle Disposition des Körpers erforderlich. Der Verf. verspricht sich für die Prophylaxe im Grossen wenig oder nichts von Massregeln, die die Verminderung der individuellen Disposition in einer grösseren Bevölkerung ins Auge fassen. — Theses 3 und 4: „Der undurchgängige Boden ist dauernd siechfrei; poröser Boden wird hauptsächlich durch ungewöhnliche Austrocknung vorübergehend siechhaft. Die schädlichen Stoffe, die sich im siechhaften Boden bilden, werden nicht durch das Trinkwasser, sondern durch die dem Boden entströmende Luft dem Menschen zugeführt.“ Diese Thesen stützen sich vornehmlich auf den Zusammenhang, der zwischen den Grundwasserschwankungen (Schwankungen in der Durchfeuchtung des Bodens) und der Typhusfrequenz in München und anderorts sich herausgestellt hat, — ein Zusammenhang, der in München unverändert bestehen geblieben ist, obgleich die Bevölkerung inzwischen ihre Trinkwasserversorgung theilweise geändert hat. Um den Einfluss der Bodenaustrocknung auf die Häufung von Typhusfällen zu registriren, ist es nöthig, solche Ereignisse ins Auge zu fassen, die dem wirklichen Anfange der Epidemie vorhergehen, und es ist zu beachten, dass diese oft durch einen beträchtlichen Zeitraum von dem Gros der Epidemie getrennt sind. Der Verf. berichtet über einen derartigen instructiven Fall. In einer hart am Main liegenden Kaserne in Würzburg war früher niemals Typhus vorgekommen. Im November 1877 wurde ein Fall beobachtet, im December fünf; im Februar 1878 vier, im März 43, im April 17, im Mai ein Fall. Trinkwassereinfluss war auszuschliessen, da nur die städtische Wasserleitung benutzt wurde. Die Pegelbeobachtungen des Mains, die bis zum Jahr 1826 zurückgehen, ergaben folgendes Resultat. Seit 1826 war der Fluss nur in ganz ausserordentlich seltenen Fällen unter den Nullpunkt des Pegels gesunken; nicht ein Einzigesmal war es vorgekommen, dass der Main in zwei aufeinander folgenden Monaten unter dem Nullpunkt stand. Im Jahre 1877 aber tragen die Monate Juli, August, September, October in der Tabelle das Minuszeichen. — Ein deutlicher Zusammenhang zwischen Typhus- und Grundwasservorgängen wird hauptsächlich auf einem zu kleinen Beobachtungsfelde übersehen und vermisst. In München zeigt sich der bekannte Zusammenhang nicht allein zwischen der gesammten Typhusmortalität und dem Grundwasserstande, sondern auch zwischen diesem und der Gesammtmortalität in den sieben Kasernen. Sobald man aber die Typhusmorbidität der einzelnen Kaserne mit den Grundwasserschwankungen vergleicht, so wird der Zusammenhang durch locale Einflüsse grossentheils verdeckt. Es ist ohne Zweifel von grossem Interesse, diese localen Einflüsse zu eruiren. — Das Trinkwasser hat nach P.'s Beobachtungen bei einer erheblichen Anzahl von Epidemien in mehr als 30 baierischen Garnisonen



nicht ein Einzigesmal beschuldigt werden können. Der Verf. verweist auf die Pettenkofer'sche Abhandlung: „Ist das Trinkwasser Quelle von Typhusepidemien?“, welche eine Anzahl angeblich positiver Beobachtungen bespricht, und erörtert selbst einen neuerdings von Volz publicirten typischen Fall (Epidemie von Gerlachsheim in: Untersuchungen über den Abdominaltyphus im Grossherzogthum Baden, 1880), welchen P. nicht für beweisend erachtet. Nach dem Verf. ist der Krankheitserreger in der Bodenluft enthalten, mit welcher er in das Innere der Häuser gelangt. Viele glauben freilich an eine Invasion der specifischen Gifte von den Abtritten und den Abwasserröhren her. Des Verf.'s langjährige Beobachtungen über die Typhusereignisse in den Kasernen haben aber gezeigt, dass die Nähe der Abtritte niemals von entscheidender Bedeutung gewesen ist für die topographische Häufung der Einzelfälle (Thesis 5). Für die Prophylaxis im Grossen sieht der Verf. von der gebräuchlichsten Methode, welche allein die Ansteckung zu hindern sucht, ab, weil er es für unmöglich hält, aller contagiösen Keime habhaft zu werden. Er bezeichnet als das am Ehesten Erfolg versprechende Verfahren eine geeignete Behandlung des Bodens (6. Thesis). Ein anderes von einem beschränkteren Gesichtspunkte ausgehendes Verfahren bietet den Vortheil, dass es Einzelnen die Möglichkeit der Selbsthilfe offen lässt. Mehrere Beobachtungen (Cholera und accidentelle Wundkrankheiten betreffend) scheinen dem Verf. zu zeigen, dass ein für Luft undurchgängiges Lehmfundament der Wohnhäuser Schutz gegen miasmatische Substanzen gewährt. Er schlägt daher zum Schutze gegen den Typhus in siechhaften Orten vor, die Fundamente von Neubauten durch Lehm und Asphalt vom Boden zu isoliren. Bereits ist die baierische Kriegsverwaltung mit derartigen prophylaktischen Versuchen vorgegangen. Wolffberg.

---

2. **Alexander Dochmann, Zur Lehre von der Febris intermittens.** Vorläufige Mittheilung. (St. Petersburger medicin. Wochenschrift. No. 20. 1880.)

D. impfte von drei an Febris intermittens Leidenden den mit Wasser oder Glycerin verdünnten Bläscheninhalt des herpes labialis auf gesunde Individuen. Der 1. dieser Intermittens-Fälle war eine quartana; die Impfung geschah am 8. Februar Morgens; an demselben Tage Abends 9 Uhr Fieberfrost, darauf ein starker Schweiss; Temperatur in ax. 39,3°. Am 9. und 10. normale Temperatur. Am 11. Abends Schüttelfrost, später reichlicher Schweiss, Temperatur nach dem Schüttelfrost 39,1. Am 12. und 13. normale Temperatur, am 14. Morgens Unwohlsein, Mattigkeit, kein Schüttelfrost, Temperatur 38,3.

Der 2. Fall war eine quotidiana; am 12. März wurden drei erwachsene männliche Individuen geimpft. „Bei dem 1. zeigten sich Fieberfrost, Schweiss, Temperatur 38,5—39,0 im Verlauf von 5 Tagen (täglich gegen 8—11 Uhr Abends). Bei dem 2. war nur ein unbedeutendes Unwohlsein zu bemerken am Abend des 11. März. Die Einimpfung an dem 3. zog keinerlei Folgen nach sich.“

In einem 3. Falle traten nach der Impfung zwei Anfälle von Frost, Hitze und Schweiss ein.



„Diese Beobachtungen sprechen 1. für das Vorhandensein eines Zusammenhanges zwischen herpes und dem Intermittens-Process, und 2. für die Möglichkeit der Uebertragung des Wechselfiebers (welches bisher alle Autoren für eine ausschliesslich miasmatische Krankheit erklären) von einem Menschen auf einen andern durch ein Kontagium."

E. Bardenhewer.

---

3. **Dr. Salomon, Ueber pathologisch-chemische Blutuntersuchungen.** (Charité-Annalen. V. Jahrg. 1880. St. 137—142.)

Um die früher von Prout, später von Podd und Williams aufgestellte Theorie zu prüfen, wonach die Anwesenheit von Milchsäure im Blute die Ursache des acuten Gelenk-Rheumatismus sein sollte, eine Annahme, die aus der angeblich sauren Reaction des Blutes, dem Auftreten von Milchsäure im Schweiss und Harn, sowie der Vermehrung der Harnsäure im Urin geschlossen wurde und trotz mannigfacher Wiederlegung und der unschädlichen negativen therapeutischen Versuche mit Milchsäure dennoch Anhänger hat, z. B. in Davies, ist es S. bei 6 theils einfachen, theils mit Herzfehler complicirten Fällen von acutem Gelenk-Rheumatismus in dem durch Aderlass gewonnenen Blute (100 bis 200 ccm) niemals gelungen, Milchsäure nachzuweisen. (Die Methode beabsichtigte die Milchsäure an Zink zu dem leicht erkennbaren milchsauren Zink zu binden.) Ferner untersuchte er bei einem Kranken mit Arthritis urica im Laufe mehrerer Monate dreimal das frische Aderlassblut und fand die Bestätigung der Garrod'schen Angabe, dass das Blut während des Gichtanfalls, aber nicht ausserhalb desselben Harnsäure enthalte, aber in minimaler Quantität. Ein Theil des Blutes wurde jedesmal 24 Stunden digerirt, dann fand sich Xanthin und Hypoxanthin, aber keine Harnsäure mehr. Abgesehen von der Schwierigkeit der Methoden hat die pathologisch-chemische Blutuntersuchung auch desshalb wenig klinischen Werth, weil das Blut nicht Herd des Stoffumsatzes ist, sondern die Gewebe und das Blut daher nur Zwischenproducte der progressiven bez. regressiven Metamorphose, die es in den Geweben auslaugte, enthält. Auch lassen die quantitativen Bestimmungen abnormer Bestandtheile des Blutes über das, was eigentlich zu wissen nothwendig wäre, nämlich über die Umsatzgrösse der krankhaften Producte, im Unklaren. Bartold.

---

4. **Dr. L. Block, Beobachtungen über die Einwirkung qualitativ verschiedener Kost, sowie über den Einfluss der Verdauung und Resorption von Fett im Diabetes.** (Deutsches Arch. f. klin. Med. Bd. XXV. Heft 4 u. 5, pag. 470—498.)

Bei einer 33jährigen Frau, die schon längere Zeit kränklich war, wurden die Menge der Ausscheidung von Harn, Zucker, Harnstoff und das Körpergewicht bestimmt. Die Bestimmung des Zuckers wurde mit Fehling'scher Lösung gemacht.

In der ersten Woche bekam die Kranke eine aus animalischen und stärkemehlhaltigen Substanzen gemischte Kost. Das Körpergewicht nahm in dieser Zeit um 1050 grm zu. Allgemein-



befinden war den Umständen nach gut. Zuckerausscheidung in 24 Stunden durchschnittlich 381,64 grm. Die Mundflüssigkeit auch nach wiederholtem Ausspülen zuckerhaltig.

Während der 2. Woche wurde vorzugsweise animalische Kost verabreicht. Dabei Eierkuchen ohne Mehl, Bouchardatsches Brod von gut ausgewaschenem Kleber, zwischendurch Käse, Milch dabei nicht völlig ausgeschlossen. Obgleich die Einnahmen während dieser Zeit durchschnittlich in 24 Stunden um 383 grm geringer waren, als in der vorigen Woche, waren die Ausgaben um 176 grm grösser. Die Menge des ausgeschiedenen Zuckers war gegen die der ersten Woche verringert (obgleich jetzt die Harnmenge grösser war), betrug aber doch noch 252 grm in 24 Stunden. Die Menge des Harnstoffs war beträchtlich vermehrt (um 33 grm in 24 Stunden) gegen die erste Woche. Das Körpergewicht aber verlor in dieser Woche bei der vorwiegend animalischen Kost 2135 grm. Allgemeinbefinden nicht so gut wie vorher. In der Mundflüssigkeit kein Zucker nachzuweisen.

In der dritten Woche erhielt Pat. durchaus keine animalischen Speisen, sondern nur Mehlspeisen, gezuckerte Wassersuppen mit Graupen, Reis, Sago, Gemüse, Brod und Butter. Gesammteinnahmen waren gegen die vorige (2.) Woche um 803 grm und gegen die erste Woche um 420 grm vermehrt. Vermehrt war die Harnmenge, bedeutend vermehrt die Menge des ausgeschiedenen Zuckers: in 24 Stunden 162 grm mehr als in der zweiten, etwa 33 grm mehr als in der ersten Woche. Harnstoff um mehr als die Hälfte herabgesetzt (betrug noch 38 grm in 24 Stunden). Dabei aber betrug die Zunahme des Körpergewichts = 1305 grm. Allgemeinbefinden wieder besser.

Während der vierten Woche wurde Fleisch verabreicht, aber stärkemehlhaltige Speisen vorwiegend. Die Einnahmen überstiegen die bestimmten Ausgaben in 24 Stunden um 623 grm. Die Einnahme von Flüssigkeit allein war um 299 grm in 24 Stunden geringer als in der dritten Woche und um 246 grm grösser als in der zweiten Woche. Entsprechend war die Harnmenge gegen die dritte Woche um 145 grm in 24 Stunden verringert, gegen die zweite Woche um 231 grm vermehrt. Die ausgeschiedene Zuckermenge war in dieser Woche um durchschnittlich 9 grm in 24 Stunden verringert. (Hatte in den ersten 24 Stunden dieser Woche das Maximum der ganzen Versuchsreihe erreicht und war von da ab successive gefallen.) Harnstoff war um etwa 5 grm in 24 Stunden gegen die dritte Woche vermehrt. Körpergewicht hatte um 945 grm zugenommen. Schlaf gut. Durst verringert. Daraus schliesst Verf., „dass eine vorzugsweise animalische Kost den Diabetikern keineswegs, wie Rollo und Andere es angenommen, zum Heile gereicht. Denn wenn auch der Gehalt des Harns an Zucker und die Harnmenge selbst nicht unbedeutend sich verringert, so ist doch der Gewichtsverlust, den der Körper dabei erleidet, und die Entkräftung desselben so bedeutend, dass das Nachtheilige einer solchen Ernährung nur zu sehr hervortritt.“ Für den Vortheil einer stärkemehlhaltigen Kost dagegen führt B. die Zunahme des Körpers an Gewicht und Kräftigung an. Bestätigen konnte Verf., dass die Menge der Harnausscheidung stets im Verhältniss mit der Menge des ausgeschiedenen Zuckers stehe; dagegen



fand sich nicht, dass die absolute Menge des Harnstoffs im diabetischen Harne stets vermindert sei. Beim Studium des Einflusses der Verdauung auf die Ausscheidungen stellte sich heraus, dass die Ausscheidung des Zuckers und der normalen Bestandtheile des Harns in der dritten nnd vierten Stunde nach der Mahlzeit am höchsten ist, von da an abnimmt, ohne dass jedoch der Zucker ganz verschwindet (bei 24stündiger Beobachtung). Der Harn, erst neutral, wurde nach 8stündigem Fasten stark sauer und enthielt nach 20stündigem Fasten Eiweiss. Dieselben Resultate wurden im folgenden Jahre bei einem männlichen Diabetiker wiedergefunden. „Die vergleichende Untersuchung des Kothes auf seinen Fettgehalt bestätigt die Annahme Traube's, dass bei weitem der grösste Theil des genossenen Fettes von Diabetikern verdaut und im Organismus weiter verwendet werde, vollkommen."

Finkler.

---

5. **Dr. Rathery, Contribution à l'étude des hémorrhagies survenant dans le cours de l'hystérie.** Beitrag zum Studium der Haemorrhagie bei Hysterie. (L'Union médicale Nr. 32, 35. 1880.)

Verf. meint, dass die meisten Autoren diese Blutungen zu ausschliesslich mit Störungen der Menstruation in Verbindung gebracht haben, dass auch solche anzuerkennen sind, für welche der Grund in anderen Verhältnissen liege. Er theilt darauf eine Beobachtung mit, eine Hysterica betreffend. Seit ihrem zwölften Jahre war die Menstruation immer regelmässig. Durch Schrecken bekam sie den ersten hysterischen Anfall mit Verlust des Bewusstseins, und verlor zum ersten Male per os eine Quantität Blut, welche sie auf ungefähr zwei Liter schätzt. Nach dieser Zeit wiederholen sich die Anfälle mit Convulsionen, Verlust des Bewusstseins sehr oft, und enden beinahe immer mit einem Blutausfluss aus dem Munde. Sie treten unregelmässig auf, zeigen keinen Zusammenhang mit der Menstruation, wohl aber haben Gemüthsbewegungen etc. solche Blutungen fast unfehlbar zur Folge. Kommt das Blut nicht zum Vorschein, so verspürt sie eine Schwere und ein Gefühl der Beengung im Epigastrium. Seit dem Anfange der Hysterie hat sie zwei Schwangerschaften durchgemacht, während welcher, besonders in den vier ersten Monaten die Anfälle so frequent waren, dass sie das Bett nicht verlassen konnte. Beide Schwangerschaften endeten im 7. Monat. Nach der letzten Schwangerschaft war die Menstruation regelmässig. Die Anfälle dauerten fort, doch waren sie einige Monate nach der Schwangerschaft nicht mehr so frequent, kehrten später wieder desto stärker zurück, so dass die Patientin endlich von einem Anfall in den andern verfiel. In der ersten Woche im Krankenhause hatte die Patientin keine schwere convulsivische Anfälle, doch verlor sie einige Male das Bewusstsein, und jedes Mal verlor sie ein wenig Blut per os. Sehr oft hatte sie Abends Fieber. Die Brustuntersuchung gab ein wenig Dämpfung und rauhes Athmen in der Lungenspitze. Husten und Expectoration fehlten; eben so fehlten Nachtschweiss und bemerkbares Abmagern. In den letzten Monaten sind die Anfälle frequenter, welche, bevor das Bewusstsein zurückkehrt, mit einem Blutverlust per os enden. Weiter zeigt sie Clavus hystericus, leichten



Grad von rechtsseitiger Haemianesthäsie u. s. w. Nach der Darreichung von Tinct. Valer. sind die Anfälle weniger frequent und weniger lange. Das Fieber ist auch vermindert; übrigens dieselben Erscheinungen am Thorax.

Bei der Besprechung der Ursache der Blutung meint Verf., dass, obgleich verschiedene ihrer Geschwister jung gestorben sind, und sie die oben genannten Zeichen am Thorax darbot, keine Phthisis vorlag, weil die Haemorrhagien schon zwei Jahre dauerten, diese seit der Aufnahme beinahe täglich stattfanden, und das Allgemeinbefinden verhältnissmässig gut geblieben ist.

In den Stühlen hat man kein Blut gefunden. Epilepsie oder Geisteskrankheiten bestehen bei den Verwandten nicht. Carcinoma oder Ulcus ventriculi sind ausgeschlossen, weil kein Tumor, keine Abmagerung, keine Cachexie, keine neuralgischen Schmerzen etc. vorhanden. R. macht die Unterscheidung solcher Blutungen, welche zur Zeit der Menstruation auftreten: hierbei sind die Genitalblutungen entweder total supprimirt, oder doch sehr schwach, (Haemorrhagiae vicariae) von denen, welche vollkommen unabhängig sind von den Menses. Zu diesen letzten gehört die mitgetheilte Beobachtung. R. schreibt ihre Entstehung Störungen der Vasomotorischen Innervation zu. Gegen Brown-Sequard, welcher meint, dass solche nervöse Blutungen von einem Spasmus der Gefässe abhängen, meint R., dass sie beruhen auf einer vasomotorischen Paralyse, weil sie nicht im Anfange der Anfälle, sondern am Ende vorkommen. — R. hofft in solchen Fällen wie diese, eine gute Wirkung von Chin. Sulfuricum, da es eine directe Wirkung habe auf die Gefässinnervation. Roux.

---

6. **Dr. Lancereaux, Hémorrhagies névropathiques.** Neuropathische Haemorrhagien. (L'Union méd. Nr. 56. 1880.)

Verf. theilt die Haemorrhagien in drei Arten, nämlich: Angiopathische, wenn die Gefässe, neuropathische, wenn die Nerven, und haemopathische Haemorrhagien, wenn das Blut vorwiegend die Ursache abgeben. Nach Mittheilung eines Falles von Haematurie, bei einer Hysterica, wo sonst keine Störungen vorhanden waren, bespricht L. die neuropathischen Blutungen, welche schon von Latour, Lordat, Gendrin, Parrot und Vulpian und vom Verf. selbst studirt sind. Die nervösen Blutungen kommen am meisten vor bei Frauen und haben ihren Sitz an den verschiedensten Körperstellen, besonders aber an der Haut- und Schleimhautoberfläche, wo sie bald nur eine Infiltration, bald einen Bluterguss bilden. Auch Alkoholismus verursacht diese Blutungen. Nach L. kommen solche Blutungen in den Lungen und selbst im Gehirn vor, und zweifelt er nicht daran, dass man zu der alten Ansicht zurückkomme über einer gewissen Anzahl cerebraler Apoplexien. — Den nervösen Haemorrhagien gehen sehr oft voraus: Schmerzempfindungen entweder an dem Sitze oder irgendwo anders, je nachdem sie directe oder reflectorische sind. In anderen Fällen treten sie nach einer heftigen Gemüthserregung auf, nach einem heftigen Zorn, plötzlichem Schrecken oder einem Nervenanfall. Sie sind dadurch characterisirt, dass sie nur wenige functionelle Störungen verursachen



und den allgemeinen Gesundheitszustand nicht alteriren. Der Verlauf dieser Blutungen ist selten continuirend, meistens intermittirend, zuweilen periodisch; das Recidiviren ist Regel. Die Diagnose stützt sich auf die Anamnese, die Bedingungen, unter welchen die Blutung aufgetreten ist, die Schmerzen, die sie begleiten und die Folgen. Die Prognose ist relativ günstig, doch ist auch ein ziemlich schnell auftretender tödtlicher Ausgang beobachtet. Kälte und Wärme disponiren zu Haemorrhagien. So findet man bei den Eskimos, Grönländern und Kamtschadalen öfters Epistaxis und Haemoptysis in Folge von Congestionen der Fossae nasal. und der Lungen, obgleich Tuberculose sehr selten in jenen Gegenden sein soll. Dieselben Haemorrhagien können durch Hitze entstehen; so erzählt Latour, dass ein Bischof bei seiner Rundreise während einer grossen Hitze Haematurie in seinem Wagen bekam und Cl. Bernard hat nachgewiesen, dass Kaninchen, einer hohen Temperatur ausgesetzt, zahlreiche Ecchymosen unter der Haut und den serösen Membranen bekommen. Von allen physiologischen Einflüssen ist die Ovulation die frequenteste. Zuweilen entstehen durch den Nervenreiz andere Blutungen, wie Epistaxis, Haemoptoe, Haematemesis statt Uterinblutungen. Die meisten Fälle von Haematidrosis sind bei schlecht menstruirten oder hysterischen Weibern beobachtet. Zu denselben Einflüssen gehören noch die Haemorrhagien durch psychische Commotion. Latour citirt zahlreiche Fälle von Blutergüssen in Folge von Zorn und Schreck. Während der Schreckenszeit bekamen zahlreiche Verurtheilte, welche man plötzlich zum Schaffot brachte, Epistaxis, Haematemesis, allgemeine Purpura. Von den pathologischen Einflüssen sind besonders die Neurosen zu nennen und vor allen die Hysterie. Die nervösen Blutungen kommen links häufiger vor, als rechts, ebenso wie die hysterischen Erscheinungen (Latour, Gendrin, Parrot); auch der Epilepsie folgen solche zuweilen. Es giebt einen Zustand des Nervensystems, welchen die Alten hypochondrischen Zustand (Etat hypochondriaque) nannten, und welchen L. lieber Herpetismus nennen möchte, da er oft nach der Eruption vorkommt. Diesen Zustand beobachtet man besonders bei grossen mageren Menschen, mit scharfen Zügen. Solche Personen, obgleich mässig lebend, verdauen schlecht, haben öfters Jucken auf der Haut, am Anus, ein trockenes Eczem, leiden an Migraine u. s. w. Unter diesen Bedingungen kommen Blutungen öfters vor, und da sie zuweilen ihren Sitz in den Lungen haben, führen sie zu diagnostischen Irrthümern, besonders da sie mit Vorliebe in der Jugend auftreten. Bei älteren Personen kommen sie auch vor in den Harnwegen oder den Eingeweiden. — Auch materielle Laesionen der Nerven und nervösen Centra verursachen Fluxionen oder Blutergüsse. Marrotte hat gezeigt, dass gewisse Haemorrhagien auf Ileo-lumbal-Neuralgien folgen können. Dasselbe beobachtet man in Folge von Neuritis. Cerebrale Haemorrhagien, Erweichungen haben zuweilen zu epicraniellen, cutanen Blutungen und Haematemesis geführt (Charcot, Ollivier). Was die Pathogenie betrifft, muss man glauben, dass das Nervensystem direct auf die Gefässe einwirkt, und sei es Dilatation, sei es Verengerung der Gefässe, verursacht. Wahrscheinlich liegt Diapedesis vor.

Therapeutisch ist Kalium bromatum anzuwenden und besonders





die Douche. Auch Chin. sulf. leistet in einigen Fällen gute Dienste. L. erzählt einen Fall, wo eine alte Metrorrhagie mit nächtlichen Paroxysmen in drei Wochen durch Chin. sulf. aufhörte. Roux.

---

7. **Prof. A. Eulenburg, Ein schwerer Fall von Prosopospasmus mit ungewöhnlichem Verlaufe.** (Centralblatt für Nervenheilkunde, Psychiatrie etc. 1880. No. 7.)

Frl. B., 27 J. alt, litt als Kind an Lymphdrüsen-Skrofulose, jetzt vor 2 Jahren an einer Art „Starrkrampf“ in der linken Seite, ohne Aufhebung des Bewusstseins, mit vorübergehendem Verlust der Sprache. Seitdem besteht ein äusserst heftiger, schmerzhafter, intermittirender, tonisch-klonischer Krampf des linken orbicularis palpebrarum und der ganzen Muskulatur der linken Gesichtshälfte, in gesteigerten Paroxysmen auch der vom accessorius versorgten Halsmuskeln und den Flexoren der Hand und Finger der linken Seite, mitunter selbst der rechtsseitigen Gesichts- und Halsmuskeln. Hauptsächlich ist jedoch immer der linke orbicularis palpebr. afficirt, so dass die Lidspalte meist völlig geschlossen ist. Die ganze linke Gesichtshälfte in starker Hyperalgesie, die Aus- und Durchtrittspunkte grösserer Trigeminus-Aeste äusserst empfindlich, namentlich der Supraorbitalpunkt. Die Austrittsstelle des Facialis am for. stylomast. und die linksseitigen Querfortsätze der Halswirbel zeigen eine intensive Druckempfindlichkeit. Bisher waren alle therapeutischen Versuche erfolglos. Es wurde daher jetzt täglich galvanisirt, dann grosse Dosen Bromkalium, Butylchloral innerlich, subcutane Injectionen von Morphium, Atropin und Curare nacheinander ohne Resultat angewendet, ebenso die Metallotherapie. Nur ein aufgelegter Eisbeutel mit andauernder Compression brachte zeitweise Nachlass. Die Neurotomie des linken supraorbitalis blieb nutzlos. Es wurde daher die Dehnung des linken nervus facialis vollzogen. Der Krampf trat seitdem nicht wieder ein, allein es war eine totale Facialis-Paralyse vorhanden, die sämmtliche Gesichtsäste des linken Facialis betraf, mit starker Herabsetzung der faradischen und galvanischen Reizbarkeit derselben ausschliesslich nur des ramus auricul. poster. die faradische Muskelkontraktilität (nach 16 Tagen) stark verändert, die galvanische nicht deutlich gesteigert. Die Fortleitung des elektrischen Reizes bei Anbringung desselben oberhalb der Dehnungsstelle, ebenso wie die des Willensreizes über die Dehnungsstelle hinaus nach der Peripherie hin waren gänzlich unterbrochen. Ausserdem war die Geschmacksempfindung in der vorderen linken Zungenhälfte vollständig aufgehoben. Diese letztere Erscheinung erklärt sich E. durch die Annahme, dass in den seltenen Fällen, wo extrafallopische Facialislähmungen mit vollständigem Geschmacksdefekt der vorderen Zungenregion einhergehen, die Geschmacksinnervation der letztern durch einen Nervenast vermittelt wird, welcher als unregelmässiger Verbindungsast zwischen Facialis und Glossopharyngeus bekannt ist. Unter bedeutend gesteigerter Erregbarkeit in der gelähmten Unterlippenhälfte mit spontanen intermittirenden Zuckungen in derselben entwickelte sich im Triangularis und Quadratus menti ein kontrakturartiger Zustand, wodurch die Unterlippe dauernd nach links und unten, der linke Mundwinkel herabgezogen, die

linke Hälfte der Unterlippenschleimhaut ektropisirt, die Mundöffnung noch mehr als früher erheblich erschwert wurde. Nach 15 Wochen waren Lähmung und Difformität etwas gebessert, der Geschmack auf der linken Zungenhälfte wiedergekehrt; die galvanische Muskelkontraktilität herabgesetzt, die elektrische Reaktion im Uebrigen noch unverändert. Oebeke (Endenich).

---

8. **Schultze, Die Theorien über die Area Celsi.** (Virchows Arch. Bd. LXXX. Heft 2. S. 194.)

Das Ausfallen der Haare bei der Area Celsi ist verschieden erklärt worden. Unter den älteren Autoren sehen Einige in dem Absterben der Papille den Grund für das Zugrundegehen des Haares, die neueren Autoren betrachten dagegen die Papille als Keimlager der folgenden Haare. Die Entfernung des todten verhornten Haares, wie sie auch beim normalen Haarwechsel vorkommt, ist ebenfalls verschiedenen, theils anatomischen, theils mechanischen Momenten zugeschrieben worden. Verf. beschränkte sich bei Untersuchung der Haare auf die Randzone der Area. Er untersuchte hauptsächlich von seinem eigenen Körper gewonnene Haare und findet zunächst, dass für die Area Celsi die Lockerung sämmtlicher Haarbalgtheile und das Mitfolgen derselben beim Ausreissen der Haare charakteristisch ist. Der wesentlichste anatomische Fund ist eine zeitlich wie räumlich atypische Verhornung der Haarbälge und eine „glasige“ Quellung der Balgscheiden, Umstände die auf eine Ernährungsstörung der Matrix hindeuten. Klinisch wird hervorgehoben, dass mit dem Ausfallen der Haare ein Schwund des subcutanen Gewebes einhergeht, dass ferner gewöhnlich, besonders im Beginn der Erkrankung, Kopfschmerz vorhanden ist. An sich selbst beobachtete Verf. im späteren Verlaufe der Erkrankung eigenthümliche Parästhesien, lästiges Jucken, erhöhtes Wärmegefühl etc. Die Erklärung der ganzen Erkrankung ist auf verschiedenem Wege versucht worden. Die trophoneurotische Theorie sieht den Grund in nervösen Einflüssen, in Störungen der trophischen Nerven. Dafür sprechen zahlreiche klinische Beobachtungen. In einem Fall war bei rechtsseitiger Facialislähmung neben den sonstigen Folgezuständen ein reichlicher Haarausfall in der Temporofrontalgegend eingetreten. Bei einem 7-jährigen Knaben mit Naevus nerveus bestanden kahle umschriebene Stellen der Kopfhaut genau im Verlauf bestimmter Aeste des Quintus. Dieser Fall besonders beweist, dass auf neuropathischer Basis Haarwachsthumsstörungen auftreten können. Auch im Gefolge psychischer Affectionen ist Haarausfall beobachtet worden. Eine andere Theorie sucht in Pilzen innerhalb der Haarbälge den Grund der Area Celsi. Verf. widerlegt zunächst die Einwände Buchners gegen die neurotrophische Theorie, um dann an der Spärlichkeit der Pilzbeobachtungen die Unwahrscheinlichkeit der Pilztheorie darzuthun. Die Beobachtungen von Buchner, der Pilze aus Haaren von Area Celsi gezüchtet haben will, sind weder von diesem noch von Anderen bestätigt worden. Die von Eichhorst gesehenen Pilze erinnerten an Mikrosporon, waren aber nur sehr spärlich und konnten vom Verfasser niemals aufgefunden werden. Gegen die Pilztheorie spricht auch die Heredität



der Area Celsi, ferner giebt das klinische Verhalten für dieselbe keinerlei Anhaltspunkte. Nachdem Verf. dann noch auf die Erscheinung aufmerksam gemacht hat, dass nach schweren Allgemeinerkrankungen Haarausfall nicht selten ist, betont er nochmals seine Ansicht, dass der Grund der Area Celsi zu suchen ist in einer Ernährungsstörung der Cutis und der Haarwurzel, die sehr häufig in nervösen Einflüssen begründet ist. Ribbert.

---

9. **Michelson, Zur Discussion über die Aetiologie der Area Celsi.** (Virchows Archiv. Bd. LXXX. Heft 2. S. 296.)

Verf. sucht lediglich durch theoretische Betrachtung über die von Malassen, Buchner und Eichhorst gemachten Mittheilungen betreffs Beobachtung von Pilzen bei der Area Celsi die Unwahrscheinlichkeit der Pilztheorie darzuthun. Er betont schliesslich, dass zwar die letztere durchaus nichts Wahrscheinliches für sich habe, dass aber auch der tropho-neurotischen Theorie eine sichere Basis fehle, so dass wir vorläufig für die Pathogenese der Krankheit keine sichere Erklärung besitzen. Ribbert.

---

10. **Dr. Edgar Masson, De l'influence des conditions météorologiques sur la production de la Pneumonie.** (Dissertation inaugurale. Neuchâtel 1879.)

Die gefundenen Resultate stützen sich auf vierhundert Fälle von Pneumonie, wie sie während der Jahre 1868—1877 (Bern) und 1864—1876 (Neuchâtel) in den betreffenden Hospitälern von Bern und Neuchâtel zur Beobachtung kamen, unter gleichzeitiger Berücksichtigung der meteorologischen Verhältnisse, niedergelegt in den Akten der Observatorien von Bern und Neuchâtel. Nach den in der Arbeit enthaltenen statistischen Tabellen vertheilten sich die vierhundert Fälle von Pneumonie auf 297 Personen männlichen Geschlechts und 103 Personen weiblichen Geschlechts; davon starben 44 (27 m. G. und 17 w. G.). In 120 Fällen betraf die Pneum. die rechte Lunge, in 134 die linke Lunge, und in 46 beide Lungen. Vorwiegend wurde das mittlere Lebensalter von der Krankheit betroffen; der Beschäftigung nach befiel die Krankheit 42 Proz., deren Geschäft den Aufenthalt im Freien bedingte. Die mittlere Krankheitsdauer, von der Invasion bis zur Krise, betrug 8 Tage. In die Monate März bis Mai fielen die meisten Erkrankungen; darauf folgten mit Rücksicht auf die Frequenz December bis Februar, sodann Juni bis August, endlich September bis November. Das Maximum der Erkrankungen fiel in die Monate Mai und Januar, das Minimum auf August und September. Bezüglich der thermo-, baro- und hygrometrischen Verhältnisse, sowie der Windströmungen mit Rücksicht auf das Auftreten von Pneumonie ergeben die Beobachtungen: Niedere Temperaturen befördern Auftreten von Pneumonie mehr als höhere Temp., ohne Rücksicht auf den Barometerstand. Geringere Feuchtigkeit der Atmosphäre begünstigte in Bern die Entwickelung der Pneumonie, — während sich für Neuchâtel das Gegentheil herausstellte. Bezüglich



der Windströmungen sind es vorwiegend die Nordwinde und kalte Winde, die in einer gewissen Proportionalen zur Entwickelung der Pneumonie stehen, ohne dass die Stärke des Windes von Belang wäre. Für die Entwickelung der Pneumonie in Neuchâtel kommen Nordwinde jedoch weniger in Betracht. Verfasser glaubt die Ursache davon in der geschützten Lage der Stadt Neuchâtel suchen zu müssen. Thermometer-, Barometer- und Hygrometerschwankungen scheinen für Bern in Bezug auf das Auftreten von Pneumonie von keinem Einflusse zu sein, während in Neuchâtel geringe Schwankungen deren Entwickelung befördern. Nach allem diesem zieht der Autor den Schluss: Die meteorologischen Verhältnisse, die auf die Häufigkeit des Auftretens der Pneumonie von Einfluss sind, sind vielfacher und sehr verschiedener Art, und bestehen speciell in niederen Temperaturen, geringer Feuchtigkeit der Atmosphäre und Vorwiegen des Nordwindes.

Eschbaum.

---

11. **Dr. Unverricht, Ueber ein neues Symptom zur Diagnose der Lungenfistel bei Pyopneumothorax.** (Zeitschr. f. klin. Med. I. Bd. 3. Heft. S. 536—552.)

Für die ärztliche Encheirese kann es von grosser Wichtigkeit sein zu wissen, ob in einem durch Lungenperforation zu Stande gekommenen Falle von Pyopneumothorax die Oeffnung in der Lunge noch besteht oder sich bereits geschlossen hat. Die Symptome, welche zur Diagnose des Fortbestehens einer Lungenfistel zu Gebote stehen, sind nun, wie U. ausführlicher auseinandersetzt, nur für einen beschränkten Theil aller Fälle verwerthbar. In zwei einschlägigen Fällen, in welchen jene diagnostischen Hülfsmittel wiederum nicht ausreichten eine offene Fistel nachzuweisen, gelang es U. eine solche vermöge eines charakteristischen Auscultationsphaenomens zu diagnosticiren. Er bemerkte dasselbe zuerst, als er zufällig die kranke Brustseite eines Patienten mit linksseitigem Pyopneumothorax auscultirte, nachdem grade mit dem Dieulafoy eine Spritze voll aus dem Thoraxraum aspirirt worden war. „Es war ein grossblasiges, feuchtes, gurgelndes, sich streng an die Inspiration anschliessendes, metallisch klingendes Rasselgeräusch, das bei der Exspiration vollkommen fehlte.“ Der Umstand, dass jenes Geräusch lebhaft an dasjenige erinnerte, welches entsteht, wenn man aus den bekannten türkischen Wasserpfeifen raucht, bringt U. sofort auf den Gedanken, dass es auch denselben physikalischen Verhältnissen, wie dieses, seine Entstehung verdanke. Er kommt so zu dem Schlusse, dass, wenn durch den Troicart die Luft im Thoraxraum verdünnt werde, durch die noch offene Fistelöffnung Luftblasen angesaugt würden, welche nach ihrer Passage durch die Flüssigkeit an deren Oberfläche platzten und dabei oben beschriebenes, charakteristisches Geräusch entstehen liessen, das man als „Wasserpfeifengeräusch“ bezeichnen könne. Dabei sei es gleichgültig, ob der Troicart in den Luftraum oder in die Flüssigkeit hineinrage. Doch sei es zum Zustandekommen des fraglichen Phaenomens unumgänglich nothwendig, dass die Fistelöffnung in die

Flüssigkeit eintauche. Sei dieses nicht der Fall, so könne man diesem Mangel dadurch abhelfen, dass man den Kranken verschiedene Lagen einnehmen lasse, da ja bei einer bestimmten Lage die Oeffnung in die Flüssigkeit eintauchen müsse. Umgekehrt könne man durch Lageveränderung erreichen, dass die Fistelöffnung nicht mehr in die Flüssigkeit eintauche. Verbinde man die Nachforschung nach dem Wasserpfeifengeräusch bei Lageveränderung des Patienten mit der Grenzbestimmung des Exsudates durch die Percussion, so sei es möglich, eine Vorstellung von der Lage der Fistelöffnung zu gewinnen.

Dass die Entstehungserklärung des Geräusches richtig sei, beweist U. durch verschiedene Manipulationen, die er nach Ausführung der Schnittoperation bei dem ersten Patienten von der Thoraxfistel aus vornahm. Die Ansicht von der pathognostischen Bedeutung des Geräusches fand zudem noch Bestätigung durch die Section. In beiden Fällen fand sich an der vermutheten Stelle eine ventilartig schliessende Fistel.

U. lässt nun einige Auseinandersetzungen über Ventilfisteln bei Pyopneumothorax folgen. Wenn man von bestimmten regelrechten Klappenbildungen absehe und als einziges Kriterium von Ventilfisteln hinstelle, dass sie nach der Pleura zu der Luft freien Durchtritt gestatteten, von der Pleura aus aber weder Luft noch Flüssigkeit entweichen liessen, so werde man sofort übersehen, dass es unendlich mannigfache und zahlreiche Verhältnisse geben könne, welche ein solches Verhalten ermöglichten.

Schliesslich erwähnt U. noch, dass man drei verschiedene Arten von Pyopneumothorax (nach Lungenperforation) zu unterscheiden habe, welche auch in Bezug auf operative Behandlung wesentliche Differenzen zeigten:

1. Fälle von Pneumothorax mit ganz freier Communication zwischen Lunge und Pleurahöhle. Hier dränge die Indicatio symptomatica oder vitalis fast nie zum operativen Eingreifen.

2. Fälle mit geschlossener Fistel, bei denen man meist mit einer Punction zum Ziele komme.

3. Fälle mit Ventilfisteln, bei denen sich bei Punction die ausgepumpte Luft meist sehr bald durch Aspiration von der Lungenfistel aus ersetzen werde, bei denen also bei bedrohlichen Verdrängungserscheinungen die sofortige Schnittoperation am Platze sei.

Ungar.

---

12. **Prof. E. Ziegler, Ueber die Ursachen der Nierenschrumpfung nebst Bemerkungen über die Unterscheidung verschiedener Formen der Nephritis.** (Deutsch. Arch. f. klin. Medic. Bd. XXV. Heft 6. p. 586.)

Weigert stellt als allgemeines pathogenes Princip für die Schrumpfniere den Satz auf, dass die Epithelveränderungen der Hyperplasie des Bindegewebes vorangehen. Z. ging bei seinen Untersuchungen im Voraus von ähnlichen Erwägungen aus wie diejenigen, zu denen Weigert auf inductivem Wege gelangte; doch blieb seine Auffassung von der

Schrumpfniere keine so einheitliche. Bei Eintritt von Ernährungsstörungen leiden die zu specifischen Functionen bestimmten Bestandtheile des Organismus (die archiblastischen) viel schwerer als diejenigen, welche zur Stützsubstanz dienen (die parablastischen). Den degenerativen Processen folgen unter günstigen Bedingungen regenerative Wucherungen von Seiten der specifischen Elemente; andernfalls kommt es zur Atrophie des Organs. Um die Ursachen der fortschreitenden Atrophie einer Drüse zu ergründen, muss man also nicht nur fragen, welcher Art die ursprüngliche Ernährungsstörung war, und wie sie wirkt, sondern auch, weshalb der Degeneration keine Regeneration folgt. Die regressiven Ernährungsstörungen, bei welchen es sich um Untergang der specifischen Elemente und Ersatz durch Bindegewebe (secundäre Sclerosen) handelt, haben ihre Ursache theils in bestehenden Veränderungen des Gesammtorganismus (senile Involution), in Erkrankung des Circulationsapparates oder dieses oder jenes Organs, theils in Noxen, welche von aussen kommend, den Gesammtorganismus oder einzelne Organe treffen. Durch Allgemeinaffectionen und Erkrankungen anderer Organe wird gerade die Niere als Depurationsorgan vorwiegend in Mitleidenschaft gezogen. Am häufigsten erkrankt allerdings das secernirende Gewebsparenchym, seltener das interstitielle Gewebe. Aber nicht jede Veränderung des letzteren ist, wie Weigert will, von einer Degeneration des Epithels abhängig; sie geht vielmehr häufig der Epitheldegeneration voraus, oder parallel, und tritt bisweilen sogar in den Vordergrund. — Z. stellt sich die Aufgabe, den anatomischen Ursachen der ausbleibenden Regeneration, d. i. der Schrumpfung der Niere nachzugehen. Zunächst geht er auf die Angaben der Autoren über die Anatomie und Histogenese der Schrumpfniere näher ein, bei welchen er eine genauere Präcisirung der einzelnen Formen vermisst. Die Einen legen den Nachdruck auf eine interstitielle Entzündung, welcher die Degeneration des Drüsengewebes nachfolge, Andere suchen die Ursache in einer nicht entzündlichen Bindegewebshyperplasie, Andere in einer primären Degeneration des Epithels, wieder Andere in einer eigenartigen Gefässerkrankung. Während auch die meisten neuen Autoren (Thoma, Buhl, Ewald, Litten) mit Bartels eine parenchymatöse und eine interstitielle Nephritis unterscheiden, hält Weigert die Nephritis anatomisch für einen einheitlichen Process. Nach ihm sind die Unterschiede in der Veränderung des interstitiellen wie des Drüsengewebes bei den verschiedenen Formen nicht qualitativer, sondern quantitativer Natur; als das Primäre betrachtet er die parenchymatöse Degeneration. Da jedoch bisweilen hochgradige Epithelverluste ohne bleibenden Schaden ertragen werden, so muss bei der Schrumpfung wohl ein besonderes die Regeneration verhinderndes Moment vorhanden sein. Z. theilt die Nierenatrophien nach den Ursachen, die er bei seinen Untersuchungen gefunden, in 3 Gruppen ein:

Die erste Gruppe entsteht durch Circulationsstörungen, durch Degeneration des Herzens und der grossen Gefässe, durch allgemeinen Marasmus, durch langdauernde Anaemie oder behinderte Circulation bei Lungenphthise, vor Allem durch Arteriosklerose, welche allgemein, auf einige Organe oder auf die Nieren allein, in dieser wiederum auf die Arterien oder nur auf die Glomeruli beschränkt sein kann. Die Grundursache ist die Ischaemie, der Mangel an Sauerstoff, woraus



zunächst Functionsunfähigkeit, sodann Verödung der Glomeruli resultirt. Daran schliesst sich Atrophie der zugehörigen Harnkanälchen, ebenfalls in Folge der Aufhebung ihrer Function, endlich zellige Infiltration, zuweilen auch Hyperplasie des Bindegewebes.

Eine zweite Gruppe von Nierenatrophien kommt zu Stande durch Degeneration des Drüsenepithels (parenchymatöse Nephritis). Soll es ausschliesslich durch diese zur Schrumpfung kommen, so muss die selbst in hohen Graden noch mögliche Regeneration ausgeschlossen sein; es muss also die Schädlichkeit eine lang anhaltende oder sich oft wiederholende sein. Solche Schädlichkeiten sind chemisch wirkende (Gallenpigment, freies Haemoglobin, melanaemische Pigmentschollen, Fett im Blut), sowie eine Verminderung oder Aufhebung der Blutzufuhr (Embolie, Nierenunterbindung). So lange wie eine Herstellung der Circulation, so lange ist hier die Restitutio ad integrum möglich. Massgebend für den Verlauf ist nicht die Degeneration des Epithels, sondern das Verhalten der Gefässe; besonders der Glomeruli. Sobald diese mit erkranken, erfolgt keine Regeneration mehr, sondern die in der ersten Gruppe schon geschilderten Veränderungen.

Die dritte Gruppe bildet die interstitielle Nephritis. Hier zerfällt das Epithel schon früh albuminös oder fettig, sowohl bei der eitrigen als bei derjenigen Form, die Z. als interstitielle indurative Nephritis bezeichnet und hier ausschliesslich betrachtet. Er führt einige verschiedenartige Fälle an, die darin übereinstimmen, dass die Drüsendegeneration gegenüber den interstitiellen Zellenanhäufungen und der Bindegewebshyperplasie anatomisch in den Hintergrund tritt. Die bleibende Atrophie der Harnkanälchen, von der ja die Verkleinerung des Organs abhängt, ist weniger auf die interstitielle Entzündung als vielmehr auf die Störung der Function durch die Verödung der Glomeruli zurückzuführen. Letztere aber entsteht theils durch fibröse Hyperplasie der Bowman'schen Kapseln, theils durch Obliteration der Gefässe, namentlich der Vasa afferentia und efferentia.

Die meisten Fälle glaubt Z. nach dieser Gruppirung anatomisch auseinander halten zu können, und hält also, entgegen der Auffassung von Weigert an dem Vorkommen der primären interstitiellen Nephritis, wenngleich sie keine häufige Affection sei, fest. Das Resumé seiner Ansicht über die Ursachen der Schrumpfniere ist dieses: „Es gibt eine Reihe von Schädlichkeiten, welche, wenn sie die Nieren treffen, ausgedehnte Degenerationen des Drüsenparenchyms hervorrufen und sogar zu einer Schrumpfung des Organs ohne erhebliche sonstige Complication führen können. Es gibt ferner Schädlichkeiten, welche von vornherein eine derartige Einwirkung auf das Gefässsystem der Niere haben, dass in Folge derselben es sofort zu einer interstitiellen Entzündung kommt, welche entweder durch ihre Mächtigkeit und Ausdehnung zum Tode führt, oder (besonders wenn sie in kleinen Herden auftritt und langsam oder in Nachschüben weiter schreitet) in Bindegewebsinduration und Schrumpfung ihr Ende findet. Es gibt drittens aber auch Fälle, bei welchen ursprünglich zwar eine Degeneration des Drüsenparenchyms die Folge der eingedrungenen Noxe ist, bei welchen indessen, falls der Tod (was das häufigere ist) nicht eintritt, später eine interstitielle Entzündung in hervorragender Weise sich entwickelt. Diese Entzündung ist



abhängig von derselben (verstärkten und erneuten) Noxe, oder sie ist die Folge des Untergangs des Epithels. Wohl hauptsächlich in ersterem Falle erreicht die Entzündung einen bedeutenden Grad." Wie weit die aufgestellten Formen der Schrumpfniere klinisch auseinanderzuhalten sind, darüber wagt Z. keine Meinung zu äussern.

Stintzing (München).

---

**Action toxique des Champignons.** Toxische Wirkung der Champignons. Ref. aus Journal de médicine et de pharmacie de l'Algérie. (L'Union Méd. Nr. 21. 1880.)

Die toxische Wirkung der Schwämme wird verursacht durch das Muscarine. Brunton injicirte Muscarine Thieren, und constatirte eine Verlangsamung, später ein Verschwinden der Pulsationen des Herzens und der Arterien, Dyspnoe und Cyanose. Injicirte er dann Atropin, so verschwanden Dyspnoe und Cyanose, die Herzcontractionen traten wieder auf. Also kann Atropin als das Antidotum der giftigen Schwämme betrachtet werden.

Roux.

---

## Neue Bücher.

Arnozan, Des lésions trophiques consécutives aux maladies du système nerveux. Paris, Delahaye & Comp.
Bouveret, Des sueurs morbides. Paris, J. B. Baillière & fils.
Brissaud, Recherches anatomo-pathologiques et physiologiques sur la contracture permanente des hemiplégiques. Versailles, Cerf & fils.
Chauvet, Influence de la syphilis sur les maladies du système nerveux central. Paris, Delahaye & Comp.
Chérière, De quelques fibro-myomes interstitiels du col de l'utérus, leur traitement. Paris, Parent.
Cortot, Etude sur l'épilepsie et les moyens de la guérir. Paris, Rudrauf & Comp.
Eon, Etude sur les paralysies dans l'épilepsie. Paris, Parent.
Garnier, Dictionnaire annuel des progrès des sciences et institutions médicales. Paris, Germer Baillière & Comp. 7 frs,
Hanot, Du traitement de la pneumonie aiguë. Paris, J. B. Baillière & fils.
Hutinel, Des températures basses centrales. Paris, Delahaye & Comp.
Logerais, Traitement de la gravelle et de la goutte. Paris, Etiou-Pérou.
Mossé, Accidents de la lithiasie biliaire. Paris, J. B. Baillière & fils.
Mourlion, Essai sur la pathogénie de la fièvre traumatique et de l'infection purulente. Paris, Parent.
Regnier, Recherches cliniques et expérimentales sur le bruit de moulin, symptôme d'épanchement intra et extra-pericardique dans les traumatismes de la poitrine. Paris, J. B. Baillière et fils.
Stricker, Vorlesungen über allgemeine u. experimentelle Pathologie. III. Abtheil. Wien, Braumüller. 3 M.
Urbantschitsch, Lehrbuch der Ohrenheilkunde. Wien, Urban & Schwarzenberg. 10 M.

---

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.



Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen nebst Titel und Register.

# Centralblatt
für
# KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigirt von

**Dr. H. Rühle,** Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

**Dr. D. Finkler,** Privatdocent und Assistent an der medicin. Klinik in Bonn.

**1880.** **12. Juni.** **Nro. 16.**

**Inhalt.** Referate: 1. **Ehrlich**, Methodologische Beiträge zur Physiologie und Pathologie der verschiedenen Formen der Leukocyten. — 2. **Leyden**, Ueber Poliomyelitis und Neuritis. — 3. **Zunker**, Beiträge zur Myelitis chronica. — 4. **v. Monakow**, Zur pathologischen Anatomie der Bleilähmung und der saturninen Encephalopathie. — 5. **Bartens**, Geisteskrankheit nach Bleivergiftung. — 6. **Seligmüller**, Neuralgia supraorbitalis intermittens. — 7. **Wellenbergh**, Chemische Dissectie van het Centrale zenuustelsel. — 8. **Bloch**, Traitement de l'angine couenneuse par le poivre cubèbe sec. — 9. **Reynier**, Recherches sur le bruit de moulin. — 10. **Fraenkel**, Zur Lehre vom weakened heart (erschöpften Herzen) nebst Bemerkungen über das Symptom des cardialen Asthmas und dessen Behandlung. — 11. **Elben**, Zur Casuistik der Nierengeschwülste. — 12. **Dujardin-Beaumetz**, Die physiologische und therapeutische Wirkung der Salze des Pelletiérin.

1. **Dr. P. Ehrlich, Methodologische Beiträge zur Physiologie und Pathologie der verschiedenen Formen der Leukocyten.** (Zeitschrift f. klin. Med. von Frerichs und Leyden. Bd. I, p. 553—560.)

Die weissen Blutkörperchen zeigen bei geeigneter Behandlung so grosse Verschiedenheit, dass Ehrlich aus dem Ueberwiegen der einen oder anderen Form sichere Anhaltspunkte für die Diagnose krankhafter Zustände gewonnen hat. Die Methode der Untersuchung besteht darin, Bluttropfen, nachdem sie zwischen zwei Deckgläschen lufttrocken geworden, für eine oder mehrere Stunden auf einem Kupferblech zu erhitzen und mit sauren, basischen oder neutralen Anilinfarben zu tingiren. Diejenigen Zellen, welche saure Farbstoffe aufnehmen, nennt Ehrlich eosinophil, die in basischen Farbstoffen zu färbenden „Mastzellen", die bei Behandlung mit neutralen Anilinfarben hervortretenden neutrophil. Unter den neutrophilen Zellen werden zwei Arten, mononucleäre und polynucleäre, unterschieden, von denen die erstere aus Milz, Knochenmark oder Lymphdrüsen stamme und allmählich im Blute zu der anderen Form heranreife. Emigrirte weisse Blutkörperchen (Eiter) sind immer polynucleäre neutrophile Zellen.

Zum Schluss fasst Ehrlich seine Erfahrungen in folgender Weise zusammen:

1. „Bei allen acuten Leukocytosen sind nur die mono- und polynucleären Formen vermehrt, während die eosinophilen Zellen dementsprechend scheinbar verringert sind.

2. Eine Vermehrung der eosinophilen Zellen deutet stets auf chronische Veränderungen der blutbereitenden Organe hin.

3. Verminderung der Zahl der Leukocyten und Ueberwiegen der mononucleären Formen sind — wenn vereint — ein sicheres Zeichen einer schon längere Zeit bestehenden Unterernährung des Organismus.

4. Schwere traumatische Anämien bedingen stets eine Poikilocytose und das Auftreten kernhaltiger rother Blutkörperchen; häufig auch eine Vermehrung der polynucleären event. mononucleären Elemente.

5. Im leukämischen Blute ist die absolute Menge der eosinophilen Zellen stets — oft in hochgradigem Masse — vermehrt.

Nussbaum.

---

2. **E. Leyden, Ueber Poliomyelitis und Neuritis.** (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. I. H. 3. p. 387—434.)

I. Ueber Poliomyelitis.

Französische Forscher fanden vor etwa zehn Jahren — und Leyden und andere deutsche Autoren bestätigen dies — bei der progressiven Muskelatrophie, sowie bei der essentiellen Kinderlähmung Atrophie der grossen motorischen Ganglienzellen in den Vorderhörnern. Daraus ergab sich die physiologische Folgerung, dass jene Zellen als das trophische Centrum der Muskeln zu betrachten seien, eine Behauptung, die übrigens schon früher Waller mit Wahrscheinlichkeit aufgestellt hatte. Seitdem machte sich allgemein das Bestreben geltend, alle Atrophien auf eine Affection jenes trophischen Centrums zurückzuführen. Duchenne und Joffroy vindicirten diese anatomische Affection theoretisch auch für andere als die genannten Paralysen und bauten auf ihr eine besondere Klasse von Krankheiten mit verschiedenen Unterabtheilungen auf. Charcot unterstützte diese Classificirung und erklärte als das Primäre eine parenchymatöse Entzündung der betreffenden Ganglienzellen. Kussmaul bestätigte und erweiterte diese Anschauungen durch A. Freys Publicationen und führte den anatomischen Begriff „Poliomyelitis“ ein. Die Lehre von der Poliomyelitis, d. i. von dem spinalen Ursprung atrophischer Lähmungen wurde die herrschende; die Frage, wie weit periphere Processe an den Erscheinungen betheiligt sein können, wurde kaum mehr erörtert. — Aus vielen anatomischen Beobachtungen, zu denen auch L. einige hinzugefügt hat, ging jedenfalls klar hervor, dass analoge Rückenmarksveränderungen wie bei der Kinderlähmung auch bei Lähmung Erwachsener vorkommen können. — L. unterzieht nun die Untersuchungen, welche zur Bestätigung der sog. subacuten Poliomyelitis dienen sollen, einer Kritik und kommt zu dem Schluss, dass sich unter den zur acuten oder subacuten Poliomyelitis gerechneten Fällen mehrere Formen unterscheiden lassen: Bei der einen finden sich circumscripte Herde in der grauen Substanz der Vorderhörner (acute Form der essentiellen Kinderlähmung und der analogen Processe bei Erwachsenen); bei der zweiten eine diffuse Atrophie der grossen Ganglienzellen, Atrophie der Grundsubstanz der grauen Vordersäulen (subacute Form, vorzüglich bei Erwachsenen, vereinzelt bei Kinderlähmung). Dazu kommt eine dritte gleich zu besprechende Form, die bisher wegen der gleichen Symptome als Poliomyelitis ge-

deutet wurde, die multiple periphere Neuritis. Dass atrophische Lähmungen sowohl peripher wie central entstehen können, geht daraus hervor, dass das Rückenmark häufig intact gefunden wird, dass Symptome und Verlauf oft vielmehr einer peripheren Neuritis als einer Rückenmarkserkrankung entsprechen, endlich dass selbst bei hochgradiger Atrophie Heilung vorkömmt, was bei einem centralen Process weniger begreiflich wäre, als bei einem peripheren. Die folgenden Untersuchungen sollen zeigen, dass eine besondere Form der Neuritis an der Entwicklung atrophischer Lähmungen wesentlich betheiligt ist.

## II. Ueber acute und subacute, multiple (degenerative) Neuritis.

Schon vor Jahren war das Studium der Neuritis von R. Remak, von Leyden und seinen Schülern gepflegt worden, trat dann aber gegen das Studium der Rückenmarksaffectionen in den Hintergrund, bis man neuerdings seine Nothwendigkeit zur Beurtheilung von Lähmungen und Atrophien wieder erkannte. So liegen Beobachtungen von Neuritis bei Diphtheritis von Charcot, Vulpian, Buhl und Pierret, bei einer Radialislähmung nach Typhus von M. Bernhardt, von spontaner Neuritis mit dem Bilde der atrophischen Paralyse von Duménil vor. Ferner führt L. einen selbstbeobachteten Fall an mit Zittern, Schwäche, Muskelatrophie und Contracturen, wo sich post mortem hochgradige neuritische Atrophie, daneben nur ein kleiner Herd in der grauen Substanz der Lendenanschwellung fand. Aehnliche Beobachtungen werden mitgetheilt von Eichhorst, Déjerine, der aber doch die geringfügige Affection der Ganglienzellen als das Wesentliche bezeichnet, von Eisenlohr, Joffroy, Lancereaux, Desnos und Pierret. Daran schliessen sich L.'s eigene Beobachtungen. Ein Fall, der bereits in den Charité-Annalen (1880) beschrieben worden, wird im Auszug mitgetheilt. Er stellt eine multiple Neuritis mit Ausgang in Atrophie und lipomatöse Verdickung der gemeinsamen Nervenscheide dar. Erkrankung mit Fieber und reissenden Schmerzen, Atrophie der Vorderarme und Unterschenkel, die sich an letzteren wieder verlor, während erstere gebrauchsunfähig wurden. Tod durch Nierenschrumpfung. Rückenmark völlig intact. — Der zweite Fall betrifft einen 31jährigen Patienten. Früher zuweilen Ohnmachtsanfälle, seit $^1/_2$ Jahr Formicationen in den Füssen, nach einem neuen Ohnmachtsanfall (vor 11 Tagen) Schwere in den Beinen, Gehen sehr erschwert, Ameisenkriechen und Gefühlsstörung auch in den Händen, Verminderung der Kraft, namentlich der linken Hand. Bei der Aufnahme Schmerzempfindungen im Handgelenk bis in die Fingerspitzen und an den Kniegelenken. Flexion und Extension der Hände und Finger unvollständig. Bewegung der Unterextremitäten schwach, Muskulatur schlaff, keine Sehnenreflexe. Sensibilität an Händen und Füssen herabgesetzt. Entartungsreaction der afficirten Muskeln. Später vom N. radialis aus mit stärkstem constanten Strom keine Contraction der Extensoren mehr. Muskulatur der Extremitäten wird auf Druck und spontan sehr schmerzhaft. Sensorium, Intelligenz etc. bleiben frei. Stehen und Gehen wird unmöglich. Muskulatur der Extremitäten atrophirt mässig, Kraft gering, Muskelgefühl intact. Theilweiser Ausfall der Function der Hand- und



Fingermuskeln. Ueber ein Monat nach der Aufnahme mässiges Fieber, lebhaftes Schmerzgefühl in der Gegend der Brustwirbel, die auch auf Druck empfindlich sind. Inspirationen dadurch behindert. Stokes'sches Phaenomen angedeutet. Lungen und Herz normal. Die Schmerzen an der Wirbelsäule wurden immer heftiger, Fieber besteht fort (um 39°), die Hände zittern, Sensorium wird benommen, Incontinentia alvi, starke Dyspnoe, Meteorismus, Roseola nicht deutlich, Puls sehr klein und frequent, Tod 7 Wochen nach der Aufnahme durch Typhus abdom.

Die Diagnose war in diesem Fall auf subacute spinale Paralyse (Poliomyelitis subacuta) gestellt, dabei aber darauf aufmerksam gemacht worden, dass der Symptomencomplex dieser Krankheit kein scharf abgegrenzter sei, noch der anatomische Process sicher localisirt werden könne; die Analyse der Symptome entspricht vielmehr einer multiplen Neuritis. Autopsie: Muskulatur der Extremitäten ausserordentlich atrophisch. (Im Ileum und Coccum markig infiltrirte und verschorfte Plaques.) Mikroskopisch ergeben die Muskeln ungleichmässige einfache Atrophie mässigen Grades, hier und da myositische Vorgänge und beginnende Lipomatose. Der N. radialis (links mehr wie rechts) zeigt, besonders an der Eintrittsstelle in die Muskeln, zellige Infiltration im Endoneurium, am stärksten um die Gefässe bis in die Septa hinein, und Degeneration der Nervenfasern. 10 cm über der Eintrittsstelle ist der Nerv normal. Ebenso degenerirt finden sich der N. peroneus und tibialis, aber ohne Zelleninfiltration. Also eine degenerative multiple Neuritis. Im Rückenmark boten die Ganglienzellen theilweise ein glasiges, gequollenes Aussehen mit einzelnen Vaenolen, aber keine Atrophie dar. — Da die beiden Fälle den Einwurf einer vom Rückenmark ausgehenden Degeneration der Nerven nicht zulassen, so ist das Bestehen einer multiplen Neuritis als Ursache atrophischer Lähmungen unzweifelhaft.

### III. Die Pathologie der multiplen degenerativen Neuritis.

Sie befällt hauptsächlich die motorischen Nerven und setzt sich bis in die kleinsten Muskelzweige fort. Praedilectionsstellen sind die Umschlagstellen der Nn. radiales und peronei. Daran schliesst sich Atrophie der Muskeln. Centripetal nimmt die Nervendegeneration an Intensität ab, kann sich aber bis in die vorderen Wurzeln fortsetzen, in späteren Stadien kann auch das Rückenmark mehr weniger afficirt werden. Die ersten Symptome sind sensibler Natur: rheumatische Schmerzen, Formication, schmerzhaftes Eingeschlafensein, nicht selten geringe Anaesthesie, Schmerzhaftigkeit der Muskeln auf Druck. Die Unterscheidung dieser sensiblen Symptome von denen bei spinalen Affectionen ist nicht immer leicht. Die motorischen Symptome entsprechen in ihrem Verhalten den traumatischen peripheren Lähmungen, in ihrer Ausdehnung der Verbreitung der Neuritis. Mit dem Abfallen der electrischen Erregbarkeit geht langsam oder rapide Atrophie der Muskeln einher, zuweilen Rigidität und Contracturen. Daran schliessen sich andere trophische Symptome, wie Verdickung der Haut, Zunahme des Haarwuchses etc. Mitunter Fieber, welches in subacuten Fällen fehlt. Allgemeinbefinden durch Hülflosigkeit und Schmerzen angegriffen, Schlaf- und Appetitlosigkeit, gedrückte Stimmung. Die Dauer



der Krankheit ist sehr verschieden. Sie kann in wenig Tagen, nach Wochen, Monaten oder mehr zum Tode führen, oder in kurzer Zeit, nach Monaten oder Jahren heilen, oder in unheilbare Atrophie übergehen. Die Prognose betreffend ist im ersten Stadium immer fürs Leben zu fürchten; steht der Process still, so ist die Prognose zweifelhaft, meist aber kommt es dann zur Heilung. Als aetiologische Momente werden Erkältungen, Muskelanstrengungen, acute Infections-, Knochenkrankheiten und Syphilis angeführt. Therapeutisch wird für die erste Periode zur Ermässigung des Fiebers und der Schmerzen Acid. oder Natr. salicylicum empfohlen. Ferner Narcotica (Morphium subcutan) Chloroform-Linimente; Ruhe der Muskeln, roborirendes Verfahren — gute Kost, Arsen, China, Eisen. Die electrische Behandlung muss der Intensität der Lähmung entsprechen und darf bei Schmerzhaftigkeit nicht erzwungen werden. Auch Massage, warme Bäder, Teplitz, Wildbad, Ragaz, Neundorf etc. sind zu empfehlen.

Stintzing (München).

---

3. **Zunker, Beiträge zur Myelitis chronica.** Charité Annalen. (Aus der propaedeutischen Klinik. St. 262—272.)

Z. berichtet über die 4 im Berichtsjahr 1878 mit den Erscheinungen der spastischen Spinalparalyse auf der Leyden'schen Klinik zur Behandlung gekommenen Fälle. Das Wesentliche fasste Verf. selbst in Folgendem zusammen: „Das erste Symptom, von dessen Eintritt ab in jedem Fall der Beginn der Erkrankung gerechnet wurde, war ein Gefühl von Schwäche in den unteren Extremitäten, eine Abnahme der Leistungsfähigkeit und Ausdauer. Das Leiden entwickelte sich von diesem Moment ab entweder subacut oder chronisch oder schubweise mit freien Intervallen. Es beschränkte sich in allen Fällen auf die unteren Extremitäten. Wenige Zeit nach dem Auftreten der motorischen Störungen traten Schmerzen im Rückgrate auf, zuweilen mit Gürtelgefühl der voraussichtlich vorwiegend afficirten Stelle entsprechend und ausstrahlende Schmerzen nach Art einer Ileolumbalneuralgie. Einen hohen Grad erreichen diese subjectiven Gefühlsstörungen nie. Sie schwanden nach verschieden langen Zeiträumen und hinterliessen, wenn überhaupt, nur geringe objective Störungen der sensiblen Sphäre.

Progressiv waren allein die Störungen der Motilität. Der Gang wurde langsam, schwerfällig, für die Patienten mühevoll, schnelle Bewegungen ganz unmöglich. Die Muskulatur wurde allmählich von einer Starre befallen, welche passiv nur schwer zu überwinden war und fortschreitend das Gehen geradezu unmöglich machte. Dabei lebhaft gesteigerte Reflexzuckungen, starke Epilepsie, spinale Sehnenreflexe, in dem einen tödlich verlaufenden Falle bei der geringsten Bewegung der unteren Extremitäten enorme convulsive, stark schmerzhafte Erschütterungen, welche nur durch energische Extension im Schenkel und Kniegelenk beseitigt werden konnten. Zu permanenten Contracturen der Muskulatur kam es nie, in einem Falle entwickelte sich sogar aus der spastischen Lähmung eine atonische, mit Schwinden der Rigidität und Sehnenreflexe, speciell des Kniephaenomens.

Die electrische Untersuchung der Muskulatur ergab nirgend einen



besonders bemerkenswerthen Befund. Die krankhaften Störungen im Bereich der Blase waren nur in einem Falle hochgradig und auch hier ist es zweifelhaft, ob nicht der Blasencatarrh als vorzeitige Folge des Katheterismus anzusehen ist."

In dem ersten Falle, welcher im Anschluss an Febris recurrens sich entwickelte und mit käsiger Pneumonie und Nephritis complicirt tödlich auslief, fand sich bei der von Leyden ausgeführten Untersuchung des Rückenmarkes ein begrenzter sklerotischer Heerd im unteren Brusttheile. „Derselbe zog sich von der Peripherie des rechten Vorderstranges konisch zugespitzt in die Substanz desselben hinein, ohne die graue Substanz zu erreichen, ohne die vorderen Wurzelfasern in den weissen Strängen zu beeinträchtigen. Er erreichte weder den sulcus anterior medianwärts, noch die Seitenstränge lateralwärts und hatte eine Höhendimension von wenigen Millimetern." Obwohl das Vorwiegen der spastischen Paralyse die Diagnose auf Läsion der Seitenstränge begründet erscheinen liess, fand sich post mortem die anatomische Bestätigung nicht, und gehört daher auch dieser Fall in die Kategorie derjenigen von denen Leyden sagt, dass sie weder anatomisch noch symptomatisch ein abgesondertes Krankheitsbild lieferten.

Der 2. Fall bei einem 32jährigen Arbeiter war in Folge wiederholter Erkältungen entstanden, verlief mit starker Rigidität und motorischer Schwäche der Muskulatur der unteren Extremitäten und Störungen bei der Harnentleerung. Der Kranke wird nach 4 Monaten ungeheilt entlassen.

Der 3. Fall bei einem 25jährigen Mann entwickelte sich bereits einen Tag nach einer Erkältung mit Taubsein in den Füssen und quälendem Harndrang und schnell eintretender Schwäche der unteren Extremitäten. Er wurde von diesem nach 11monatlicher Behandlung fast geheilt, erlitt dann in Folge angestrengten Gehens einen Rückfall mit ähnlichen Erscheinungen wie früher. Wurde nach einigen Monaten gebessert entlassen.

In einem 4. Falle bei einem 28jährigen Diener, dessen Affection sich langsam entwickelt hatte, traten zu der Schwäche der unteren Extremitäten, und der Rigidität der Muskeln sowie der Reflex-Erregbarkeit noch Sensibilitäts-Störungen und atactische Symptome, so dass die Annahme nahe läge, dass der entzündliche Prozess im Rückenmark auf die sensiblen Fasern, Hinterstränge und Wurzeln fortgeschritten sei und dass so die spastische in eine atonische Krankheitsform umgewandelt wurde, an welche sich die tabischen Erscheinungen anzureihen schienen. Bartold.

---

4. **Dr. C. v. Monakow, Zur pathologischen Anatomie der Bleilähmung und der saturninen Encephalopathie.** (Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Bd. X. Heft 2.)

M. giebt zunächst einen historischen Ueberblick über die verschiedenen frühern und die jetzt noch strittigen Anschauungen der Autoren über die Natur und den Sitz der Bleilähmung, die nach den Einen lediglich eine myopathische Affektion, nach den Anderen neurotisch bedingt sein soll (wobei die Muskel-Erkrankung erst secundär



eintrete). Die Vertheidiger der letztern Auffassung scheiden sich wieder in 2 Gruppen, deren eine den ursprünglichen Erkrankungsheerd in die peripherischen Nerven speciell in den Stamm des nerv. radialis verlegt, während die andere die centrale Natur der Bleilähmung festhält und sie von Veränderungen in den Vorderhörnern des Cervikal-Rückenmarks abhängig macht. Ein Maler, 56 Jahre alt, erlitt circa 35 J. vor seiner Aufnahme in die Anstalt mehrere Anfälle von Bleikolik, von denen er bald wieder genas. Vor 10 Jahren stellte sich, mit Schwächengefühl im rechten Vorderarm beginnend, die Lähmung der Extensoren ein, die sich verschlimmerte, auf andere Muskelgruppen überging; es folgten neue Kolikanfälle, apoplektiforme Anfälle, Lähmungserscheinungen im Gebiete des hypoglossus und facialis, ataktische Störungen, Analgesie der linken, Hyperästhesie der rechten Körperhälfte, Abnahme des Gehörs und psychische Störungen mit Verfall des geistigen Lebens und der Ernährung, bis unter komatösen Erscheinungen der Tod eintrat. Die 5 Kinder des Patienten starben vor dem 2. Lebensjahre an Krämpfen, während seine Frau ganz gesund war. Die Obduktion ergab im Stirn- und Scheitelhirn und im Gehirnstamm hochgradige Atrophie mit Hyperplasie der Neuroglia, atrophische Vorgänge an den Kernen des nerv. trigeminus und hypoglossus, überhaupt an den Nervenkernen am Boden des vierten Ventrikels und um den aquaeduct. Sylvii, und Pyramidenschwund. Im Rückenmark fand sich Atrophie der Ganglienzellen im rechten Vorderhorn im sogen. mittlern Kern vom 6.—8. Cervikalnervenpaar, sklerotische Inseln in der hintern Commissur, im rechten mittlern Kern und in den Hinterhörnern des Cervikalmarks. Der rechte nerv. radialis zeigte körnige Entartung des Nervenmarks, interstitielle Bindegewebswucherung neben intakten Parthien. Die ergriffenen Muskeln zeigten ungleichmässige Atrophie. M. sieht in seinem Falle den Ursprung des ganzen Leidens im Rückenmark nach seiner Analyse des klinischen wie anatomischen Verhaltens der Organe und bei dem Umstande, dass bei der Blutlähmung stets funktionell zusammenhängende Muskelgruppen ergriffen werden. Auch die chemische Untersuchung weise auf das Rückenmark neben den Knochen als den Hauptablagerungsplatz des Bleies hin. Die Veränderungen an den Muskeln sind dann nur secundär. Das Blei könne nach dem vorliegenden Falle bedeutende atrophische Störungen im Gehirn und Rückenmark herbeiführen. Oebeke (Endenich).

---

5. **Dr. Bartens in Düren, Geisteskrankheit nach Bleivergiftung.**
(Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. Bd. 37. Heft 1. 1880.)

Nach B. hat das Blei als ursächliches Moment für die Entstehung von Geisteskrankheiten eine gewisse Aehnlichkeit mit Quecksilber, Alkohol und Opium. Die Geistesstörung tritt entweder, nachdem andere Bleikrankheiten vorhergegangen sind ein oder gleichzeitig mit einem Kolikanfalle oder ohne andere frühere Bleiaffektionen. Sie verläuft akut oder chronisch. Die akuten Geistesstörungen nach Bleivergiftung sind meist kurz dauernde Tobsuchten, bei denen in etwa $^2/_3$ der Fälle Genesung eintritt. Die chronischen Fälle verlaufen meist unter dem Bilde tiefer Melancholie mit Hallucinationen und Wahnideen. Bei

ihnen ist die Prognose sehr ungünstig. Das im Körper abgelagerte Blei hindert sowohl durch directe Einwirkung auf das Gehirn, als besonders durch die so nachhaltige, dauernde Ernährungsstörung die Genesung. B. giebt nun eine ausführliche Darstellung der Erscheinungen und des Verlaufes bei 9 von ihm beobachteten Fällen, von denen 3 Kranke Anstreicher, 1 Arbeiter in einer Mennige- und Bleiweissfabrik, die übrigen Bergleute waren. Sie alle litten an tiefgreifender Ernährungsstörung, die meisten Monate lang an Appetitmangel, Leibschmerz und Stuhlverhaltung, Andere wurden durch Wahnideen, in Folge von Hallucinationen, vom Essen abgehalten. Von diesen 9 ist nur 1 genesen. Leichtere Lähmungserscheinungen wurden bei 4 beobachtet, bei 1 ging leichtes Zittern der Glieder, bei einem tonische Krämpfe der Flexoren der Vorderarme voraus, bei 1 besteht ausgebildete Chorea. Die sonst so häufige Lähmung der Extensoren der Arme wurde in keinem Falle gesehen. Oebeke (Endenich).

---

6. **Dr. A. Seligmüller in Halle a. d. Saale, Neuralgia supraorbitalis intermittens.** (Centralblatt für Nervenheilkunde, Psychiatrie etc. 1880. Nr. 11.)

S. berichtet über 12 Fälle obengenannter Affection. Mit Ausnahme eines Studenten aus Ungarn, hatte keiner der Patienten je an Intermittens gelitten. Jener überstand vor 3 Jahren eine intermittens quartana und seitdem noch ähnliche Anfälle, gegen die Chinin wirksam war. Milzanschwellung nicht (mehr) nachweisbar. Das Alter der Betroffenen schwankte zwischen den zwanziger bis vierziger Jahren; Männer hatten das Uebergewicht. Stets war nur ein nerv. supraorbitalis betroffen. Bei Allen traten die Anfälle zu einer ganz bestimmten Stunde, wie nach dem Glockenschlag, und meist am Morgen ein. Die Dauer der Anfälle betrug 2 — 3, einmal 9 Stunden. Die spontanen Schmerzen waren meist ausserordentlich heftig; der nerv. supraorbital. auf Druck sehr empfindlich, die benachbarte Stirnhaut gegen Nadelstiche hyperästhetisch. S. stimmt der Ansicht von Horner (cf. Referat im obigen Centralblatt. 1879. Nr. 1) bei, dass die intermittirende Supraorbitalneuralgie die Folge einer katarrhalischen Affection der Stirnhöhlen sei und zwar weil meistens kurz vor den Schmerzanfällen Schnupfen vorhanden gewesen oder noch war, weil das Luft-Ein- und -Ausziehen mit der Nase erschwert oder unmöglich war und weil mit dem Nachlassen der Schmerzanfälle die Nase vorübergehend, mit dem gänzlichen Verschwinden derselben aber dauernd wieder frei wurde. Sodann spricht für diese Annahme die Behandlungsmethode mit schneller Heilung in allen Fällen. Während Horner die Inhalation von Dämpfen mit Erfolg probirte, wandte S. die Nasendouche an, die stets unglaublich schnell half, selbst in Fällen, wo grosse regelmässig genommene Chinindosen nichts genutzt, binnen 2—3 Tagen. S. lässt $^1/_2$—1 Liter lauwarmer Milch, später eine schwache Kochsalzlösung 3—4 Mal durch die Nase laufen. Tritt der Anfall morgens ein, so nahm man diese Procedur schon 1 mal abends vorher und morgens eine Stunde vor dem Anfall vor. Ist die Nase verstopft, so hilft Douchen aus grösserer Höhe. S. sieht als Ursache des Leidens eine Verstopfung

des Verbindungs-Kanals zwischen Stirn- und Nasenhöhle an, welcher schräg von oben und vorn nach unten und hinten verlaufend unter der mittleren Nasenmuschel mündet. Es stagnirt dadurch das Sekret der Stirnhöhlenschleimhaut und reizt auf chemischem oder mechanischem Wege die in letzterer sich verzweigenden sensiblen Fasern des ersten Trigeminusastes. S. spricht sich zu Gunsten der mechanischen Reizung aus. Das stagnirende Sekret reizt die Schleimhaut zu stärkerer Sekretion, durch das sich ansammelnde Sekret entsteht eine erhebliche Drucksteigerung in der Stirnhöhle, dadurch werden die sensiblen Nerven gereizt und mit der Schleimhaut gegen die knöcherne Umgebung gedrückt. Oebeke (Endenich).

---

7. **Dr. Wellenbergh, Chemische Dissectie von het Centrale zenuustelsel.** Chemische Präparation des centralen Nervensystems. (Tijdschr. S. Geneest. Nr. 44. 1879.)

Das ganze Rückenmark oder Stücke davon werden nach der Methode von Paulier (Sitzung der Academie de Médicine in Paris vom 22. October 1878) so frisch wie möglich in folgende Flüssigkeit gelegt: Aq. destill. 50,0, Kal. Bichrom. 1,0, Cupr. Sulph. 2,0, während 7—12 Tage, je nach der Dicke des Rückenmarks. Dieses wird härter und schmutzig gelb-braun. Die Farbe verschwindet durch Einlegen in eine Solution von $^1/_{100}$ Acid sulphuric., während 2—3 Tage. Das durch Acid. sulphuric. jetzt bläulich gefärbte Rückenmark wird 24 Stunden in gleiche Theile Wasser und Glycerin gelegt, die Farbe wird seegrün. Danach wird es in Aqua destillata gebracht. Ist die Procedur gelungen, so hat diese Methode folgende Vortheile:

1. Die Pia mater ist leicht löslich, selbst in dem sulcus anterior et posterior, über eine Länge von 2—3 dcm.

2. Man kann die weisse Substanz der Medulla genau in die sechs Stränge theilen.

3. Die graue Substanz hat sich beinahe, die hinteren Hörner haben sich ganz von der umgebenden weissen Substanz abgelöst.

4. Das also behandelte Rückenmark bleibt geeignet für microscopische Untersuchung.

Das ebenso behandelte Gehirn (Rind, Schaf, Kaninchen) ergab:

1. Der gestreifte Bau des Corpus Striatum ist deutlicher als im frischen Zustand.

2. Die vier kleinen Kerne an der Basis des Thalamus Opticus, werden genau gesehen, dunkler gefärbt als die Umgebung, ebenso der darüber liegende Burdach'sche Kern.

3. Mit derselben Deutlichkeit zeigt sich der Stilling'sche Kern oberhalb des 4. Ventrikels, die Kerne der Seitenstränge, die der Olive und der Funiculi gracilis und cuneatus. Der Boden des 4. Ventrikels hat ein geflochtenes Ansehen, durch die Verfärbung der grauen Nervenkerne.

4. Die Consistenz, welche das Gehirn durch diese Methode erhält, ist mehr als eine andere geeignet zur Anfertigung von Präparaten.

Roux.

---



8. **Bloch, Traitement de l'angine couenneuse par le poivre cubèbe sec.** Cubeben-Pfeffer gegen Diphtheritis. (Gazette des hôpitaux, Nr. 56. 1880.)

B. bringt mit einem Pinsel trockenen Cubeben-Pfeffer auf die diphtheritischen Stellen. Er hat seit einiger Zeit diese Behandlungsweise, bei welcher die durch den Pfeffer hervorgerufenen Contraktionen der Pharynx-Muskeln zur Verminderung der Hyperämie beitragen, wirksamer gefunden als die mit Kali chloricum, Borax, Alaun etc. Auch der etwa verschluckte Pfeffer soll günstig wirken; hat man ja denselben bei Diphtheritis auch innerlich empfohlen. E. Bardenhewer.

---

9. **Reynier, Recherches sur le bruit de moulin.** Untersuchungen über das Mühlradgeräusch. (Archives générales de médecine. April und Mai 1880.)

R. beobachtete in mehreren Fällen von Rippenbruch in der Herzgegend ein dem Plätschern der Mühlradschaufel, wenn sie Wasser trifft, vergleichbares Geräusch, dessen Namen (bruit de moulin) von Morel-Lavallée stammt, der zuerst die Aufmerksamkeit auf dasselbe und zwar bei chirurgischen Verletzungen der Brust gelenkt hat. Wahrgenommen, aber falsch gedeutet, sei es bereits früher 1844 von Brichetcau, später von Laennec, Tütel, Graves, Dowel, Stokes und Sorauer. In der neuern Zeit berichtete über dies auscultatorische Phaenomen nur Schwartz und Chevallereau.

In dem ersten seiner Fälle, bei einem Bruch der 4.—6. Rippe links bestand, ohne dass sich Pneumothorax nachweisen liess, mit der Systole ein kurzes metallisch klingendes Geräusch, welches sich beim Aufsitzen verliert. In der Herzgegend an der Bruchstelle war Haut-Emphysem. Am nächsten Tage stellte sich das Geräusch ein, welches vollständig demjenigen gleicht, welches die Schaufel des Mühlrades erzeugt, wenn sie das Wasser trifft; dasselbe hört man nur im Liegen und verschwindet es beim Aufsitzen. Die Herztöne werden vollständig von ihm verdeckt, das Geräusch selbst tritt mit einem kurzen Nebengeräusch ein und wird damit beschlossen. Irgend welche andere Störungen von Seiten des Herzens oder der Lunge bestanden nicht, auch kein Fieber. An demselben Tage noch war das Geräusch verschwunden und kehrte auch während des ungestörten Heilungsverlaufes nicht wieder, so dass der Kranke nach 4 Wochen geheilt entlassen werden konnte.

Wegen des Mangels jeglicher nachweisbarer Zeichen von Luftansammlung im Brustfellraum und Herzbeutel, sowie wegen des Fehlens von Fieber und des schnellen Verlaufs, wodurch schon eine schwerere Erkrankung ausgeschlossen sei, glaubt der Verf. mit Tillaux, dass dieses Phaenomen hervorgebracht sei dadurch, dass Blut und Luftblasen vom Unterhautzellgewebe aus durch die in Folge der Verletzung zerrissenen Intercostal-Aponeurosen in das mediastinum übergetreten seien, und hier durch die Herzbewegung das Mühlradgeräusch erzeugten. Da beim Aufsitzen sich das Herz der Brustwand nähere, verdränge es das Blut und die Luftblasen und das Geräusch hört auf.

Der dritte Fall, ebenfalls mit Haut-Emphysem ohne Pneumo-



thorax, sprach deutlicher für die Theorie des Geräusches. Er war eine penetrirende Schusswunde im 1. Intercostal-Raum unmittelbar neben dem Brustbeinrand. Hier entstand ebenfalls zunächst Metallklang mit der Systole, dann das Mühlradgeräusch, ebenfalls nur 36 Stunden andauernd und mit dem Haut-Emphysem verschwindend. Ausgang der Verletzung in Heilung. Hier war also die Wunde im mediastinum.

Im 4. Falle, anscheinend Bruch der 5. bis 7. Rippe nahe dem Knorpel, zeigte sich das Phaenomen undeutlicher, verschwindet auch nicht ganz beim Aufsetzen des Kranken.

Experimente an Kaninchen, bei denen er nach galvanocaustischer Trennung der Haut in der Nähe des mediastinum Wasser und Luft einspritzte, ergaben das Mühlradgeräusch, es verschwand in wagerechter Haltung der Thiere und trat nicht ein, wenn die eingespritzte Masse in den Herzbeutel oder die Pleura-Höhle gelangte. Damit schien ihm die Richtigkeit seiner Theorie über das Geräusch bewiesen.

Verf. führt ferner aus, dass dies Geräusch vorkommen könne auch ohne Trauma bei Luft- und Flüssigkeitsansammlung, wenn ein luftführendes Organ in das mediastinum perforire, worauf die Beobachtungen der im Eingang des Referats genannten Autoren hinweisen, obwohl diese das Mühlradgeräusch nicht zutreffend beschreiben. Das Geräusch müsse je nach dem Mengenverhältniss von Luft und Flüssigkeit natürlich wechseln, also dumpfer oder metallischer klingen, sei aber unabhängig von der Athmung und nur mit der Herzbewegung übereintreffend. Percutorische Veränderungen über dem mediastinum müssen die Diagnose stützen, ebenso das gleichzeitige Bestehen von Haut-Emphysem, mit dessen Schwinden auch das Geräusch in zwei Fällen schwand. Zur Differential-Diagnose mit Geräuschen bei Pyo- bez. Hydro-Pneumothorax und -Pericardium müssten auch die übrigen Symptome dieser Krankheiten mit entscheiden. Bartold.

---

10. **Fraenkel, Zur Lehre vom weakened heart (erschöpften Herzen) nebst Bemerkungen über das Symptom des cardialen Asthmas und dessen Behandlung.** (Charité-Annalen. V. Jahrg. 1880. St. 273—294.)

Verf. beobachtete auf der Leyden'schen Klinik folgenden Fall, analog den von Junker und Huppert beschriebenen:

Ein 30jähriger Arbeiter, früher stets gesund und stark arbeitend, zog sich im October 1879 einen complicirten Unterschenkelbruch zu. 5 Wochen später stellen sich Kreuzschmerzen ein, Husten, Auswurf, später Athemnoth, die besonders Nachts stärker sind.

Bei seiner Aufnahme am 17. Dezember besteht kein Fieber, aber auffallende Blässe der Haut und Schleimhäute, mässiges Oedem beider Beine, beträchtlicher Grad von Dyspnoe mit Husten und Auswurf eines gelblichen sputums. HR unter dem Schulterblattwinkel besteht eine mässige Dämpfung mit schwachem Athemgeräusch und reichlichem Rasseln, links etwas Catarrh. Herzdämpfung nicht vergrössert, Klappenstoss sehr schwach, ebenso der Radialpuls mit 108 unregelmässigen Schlägen. Am Herzen schwaches systolisches Geräusch und dumpfer diastolischer Ton. Im Urin Eiweiss, hyaline Cylinder und Nieren-



epithelien. Sonst nichts Abnormes. Therapie: Inf. Digitalis 1,0 : 120,0 mit Aeth. acet., Morphium 0,008 subcutan.

Tags darauf Steigen der Oedeme und Zeichen eines Lungen-Infarctes. Unter Plumb. acet.-Gebrauch schwand das blutige sputum, ebenso das Eiweiss im Urin, der Puls wurde regelmässig und die Herztöne rein und nicht accentuirt. Am 27./12. stellte sich plötzlich ohne directe nachweisbare Ursache eine eigenthümliche, durch Schwellung, Venen-Thrombose und Gangrän der Haut sich manifestirende Affection des penis ein, die heilte und in die durch eine Erysipelas faciei unterbrochene Reconvalescenz überführte.

Vom 1./2. bis 13./11., dem 2. Abschnitt der Krankheit, traten Anfangs mit längeren, später mit eintägigen Zwischenpausen zumeist durch geringfügige Muskelbewegung (Gehen, Aufsitzen im Bett, Pressen beim Stuhl) ausgelöst, Anfälle mit einer excessiven Zunahme der Pulsfrequenz und mit dem Gefühl lebhaften Herzklopfens ein. Dieselben setzen plötzlich ein, hören ebenso plötzlich wieder auf und dauern von 15 Minuten bis 12 Stunden. Dabei besteht keine Dyspnoe, keine Cyanose, nur das Gefühl geringer Beklommenheit auf der Brust. Der Körper ist reichlich mit Schweiss bedeckt, die Herzaction ist so energisch, dass der ganze Rumpf fortdauernd erschüttert wird. Der Puls, der sonst bisweilen aussetzte, wurde auf der Höhe des Anfalles in seinem Rhythmus ganz regelmässig, um dann mit Schluss des Anfalles (einmal beobachtete Fr. dabei deutlich einen pulsus bigeminus) wieder zur gewöhnlichen Frequenz zu fallen. Fernerhin sobald die Steigerung der Pulsfrequenz eine Zeit lang bestanden hatte, verbreiterte sich die Herzdämpfung (nach links überragt sie um 2 cm. die lin. mamillaris), als ein Zeichen der Dehnung beider Herzhälften, hervorgerufen durch unvollkommene Entleerung der Herzhöhlen. Diese Zeichen der Herzerweiterung verlieren sich bald nach dem Anfall. Morphium linderte die Anfälle nicht, dagegen unter Digitalis-Gebrauch gelang es, die Häufigkeit der Anfälle bis auf eine 12tägige freie Frist zu vermindern. Im April und Mai waren die Anfälle nur noch sehr gering, der Kranke behielt aber eine grosse Schwäche sowie starke Blässe des Gesichts. Von Mitte Juni an entwickelte sich eine Insufficienz der Mitralklappe und die Erscheinungen eines intensiven Nierenleidens, die allmählich zum Tode führen. Die Obduction ergiebt: Endocarditis und geringe Herzverfettung an dem gleichmässig beiderseits stark vergrösserten hypertrophischen Herzen.

Dieser Fall stimmt nur in seinem Anfange, wo als erstes Symptom der sich bemerkbar machenden Herzaffection eine andauernde Unregelmässigkeit des Pulses mit Frequenzzunahme desselben, später Anfälle von Athemnoth und Beklemmung ohne nachweisbare Klappenfehler eintraten, mit den von Stokes beschriebenen Fällen von geschwächtem Herzen (weakened heart) überein. Die Stokes'schen Fälle betreffen zumeist ältere Leute, die vorher an Gicht litten. Fr. schliesst auch für jüngere Leute einen ganz analogen Symptomencomplex an, der die Folge ist von Muskelanstrengungen und Abusus spirituosorum. Die Section ergiebt bei letzteren zumeist Herzhypertrophie bald mit bald ohne fettige Degeneration.

Die Erklärung für die Ursache ist, etwas abweichend von Seitz, kurz folgende:



Bei einer besonderen Anstrengung des Herzens kommt es je nach der Kraft der Muskulatur entweder zu Hypertrophie oder Dilatation. Wenn letztere eintritt, wenn also der Muskel seine Elasticität verliert, so bewirkt die vermehrte Dehnung der Ventrikularwände eine Zerrung bez. Quetschung der innerhalb derselben gelegenen nervösen Elemente, eine Annahme, die auch auf die oft ganz plötzlich eintretende Compensationsstörung bei Klappenfehlern zutrifft. Dadurch entsteht vermehrte Frequenz, Unregelmässigkeit und Ungleichmässigkeit der Herzaction.

Diese auftretenden Paroxysmen der Pulsbeschleunigung ohne Unregelmässigkeit deutet er als die Folge eines vorübergehenden Lähmungszustandes des im Herzen selbst gelegenen Hemmungsapparates d. h. der Endigungen des nerv. vagus und nicht des spinalen Centrums, für welche Ansicht mehrere Gründe angeführt werden, vor Allem weil die Symptome ganz denen nach Durchschneidung des nerv. vagus gleichen. Auch diese Steigerung geschieht durch Dehnung der Herzmuskulatur.

Bezüglich der Therapie des cardialen Asthmas, einer auf Abnahme der Leistungsfähigkeit des linken Ventrikels beruhende und durch plötzlich eintretende Anfälle von Athemnoth, Cyanose und Herzbeschleunigung sich kundgebenden Erkrankung empfiehlt Fränkel zur Einwirkung auf die die Circulation und Athmung regulirenden Nervencentren, Morphium-Injectionen mindestens 0,01, worauf bald Schlaf, Abnahme der Dyspnoe, Regulirung der Athmung und Spannungsabnahme des art. radialis eintritt. Bartold.

---

11. **R. Elben, Zur Casuistik der Nierengeschwülste.** (Medic. Correspond.-Bl. des Württemberg. ärztl. Vereins. 8. Mai 1880.)

Ein 5jähriger Knabe entleerte nach einem Fall auf den Rücken einige Tage lang blutigen Urin; von da an kränkelt er und magert ab. Drei Wochen später fällt er abermals und klagt von neuem über linksseitige Schmerzen im Leibe. Circa drei Monate später bemerken die Eltern in der linken Bauchseite eine auf Druck empfindliche Geschwulst vom Umfange eines Apfels; diese Geschwulst soll etwa 14 Tage später plötzlich verschwunden und statt ihrer eine gleichmässige Auftreibung des Unterleibs ohne Störungen im Allgemeinbefinden aufgetreten sein. Die einige Wochen später vorgenommene ärztliche Untersuchung constatirt eine von der hinteren Bauchgegend ausgehende Geschwulst, welche als Hydronephrose angesprochen wird. Eine Probepunktion mit einem Troikart mittleren Kalibers, wobei Blut ausfliesst, und die Einführung einer Sonde durch die Kanüle führen jedoch zu der Annahme, dass der Tumor eine äusserst weiche maligne Neubildung sei, wahrscheinlich von der linken Niere ausgehend. Fünf Wochen später, während welcher Zeit der Tumor an Umfang stetig zunahm, geht der Knabe marastisch zu Grunde. Die Section ergibt, dass die linke Niere in eine 6 kg. schwere, 67 cm. im Umfang messende Geschwulst verwandelt ist. Ausserdem findet sich ein welschnussgrosser metastatischer Knoten in der rechten Pleurahöhle. — In der von Herrn Prof. Dr. Schueppel verfassten ausführlichen Beschreibung der histologischen Verhältnisse der Geschwulst entwickelt derselbe die Ansicht, dass es sich um ein



Myxosarcoma haemorrhagicum handele, hervorgegangen aus einem Myxosarcoma medullare, welches wiederum noch früher ein einfaches Myxom gewesen sei. Die Geschwulst sei also höchst wahrscheinlich nicht von der Niere selbst, sondern aus dem retroperitonealen und die Nieren einhüllenden Fettzellgewebe hervorgegangen und sei erst später in das Nierengewebe selbst eingedrungen. Höchst interessant sei das Verhalten der zelligen Gebilde in den frischen nicht durch Blutungen veränderten Theilen der Geschwulst; sie zeigten alle erdenklichen Formen und wechselte ihre Grösse vom Umfang eines Lymphkörperchens bis zu einer Länge von scheinbar 3 bis 4 Zoll bei 300facher Vergrösserung. Viele derselben hätten grosse Aehnlichkeit mit jungen Muskelelementen, so dass man die Neubildung auch als ein Myosarcoma myxomatosum levi- et striocellulare bezeichnen dürfte. Bemerkenswerth sei auch eine eigenthümliche hyaline Degeneration, welche an den grösseren Zellen vorkomme, aber meist nur einen Theil des Protoplasmas einnehmend. Die so degenerirten Zellen erinnerten am meisten an die wachsartige Degeneration der Muskelfasern im Typhus.

Ungar.

---

12. **Dujardin-Beaumetz, Die physiologische und therapeutische Wirkung der Salze des Pelletiérin.** De l'action physiologique et thérapeutique des sels de pelletiérine. (Bull. géner. d. Thérapeutique méd. et chir. 49 Jahrg. T. XCVIII. S. 433.)

Verf. hat die vier Alkaloide, welche Tauret im Jahre 1879 in der Granatwurzelrinde entdeckte, das Pelletiérin, das Isopelletiérin, das Pseudopelletiérin und endlich das Methylpelletiérin einem näheren Studium unterworfen. Hauptsächlich benutzte er die schwefelsauren Salze der beiden zuerst genannten Alkaloide.

Taucht man einen Blutegel in eine Lösung von einem dieser beiden Sulfate (2 : 1000 Wasser), so tritt nach zwei Minuten Lähmung der Saugnäpfe ein, nach Ablauf einer Viertelstunde stirbt das Thier nach einem kurz dauernden Erregungsstadium.

Bei Fröschen führt ein halber Tropfen einer schwefelsauren Pelletiérinlösung (1 : 10 Wasser) allgemeine Paralyse herbei, die drei Stunden lang anhält. Die Athmung wird nicht völlig aufgehoben, das Herz arbeitet normal. 2 bis 3 Tropfen der Lösung wirken regelmässig tödtlich. Die Erscheinungen, welche nach den letztgenannten Dosen auftreten, sind:

Erstens ein Stadium der Erregung, dokumentirt durch Convulsionen und Muskelcontractionen. Dann völlige und ausgedehnte Lähmung der Muskulatur, beginnend an den, der Injectionsstelle zunächst gelegenen Parthien und sich von da aus weiter verbreitend. Das Herz wird zuletzt gelähmt und bleibt diastolisch stillstehen.

Kaninchen sterben nach subcutaner Beibringung von 15—20 Centigramm Pelletiérinsulfat in wenigen Minuten unter allen Anzeichen progressiver Paralyse, die, an den hinteren Extremitäten beginnend, sich von da aus auf die vordere Körperhälfte hinüberzieht und schliesslich auch das Herz befällt. Kurz vor dem Tode traten einige Krämpfe auf, dieselben waren mit einer geringen Steigerung der Temperatur verbunden.





Menschen, denen Pelletiérin oder Isopelletiérin als schwefelsaure Salze unter die Haut injicirt wurde, klagten bald über Schwere des Kopfes und Schwindel, die Conjunctivalgefässe wurden stark injicirt, die Pupille verengert, das Sehen undeutlich. Dazu kam in einigen Fällen Nausea und Erbrechen, zuweilen sogar Lähmungsgefühl in den unteren Extremitäten. Puls und Körpertemperatur wurden nicht afficirt. Steigert man die Dosirung bis auf 50 Centigramm, so nehmen sämmtliche Symptome einen sehr hohen Grad an, sie treten bereits 5 Minuten nach der Injection ein und dauern 3—4 Stunden lang. D.-B. hat dieses Dosis nie zu überschreiten gewagt.

Nach weiterhin angestellten Versuchen kommt Verf. zu dem Resultat, dass die Alkaloide der Granatwurzelrinde allein die peripheren Enden, also die Terminalplatten der motorischen Nerven innerhalb der Muskel afficiren. Die Sensibilität bleibt intact. Mit Ausnahme des convulsiven Stadiums, welches sich bei Fröschen nach Vergiftung mit Pelletiérin zeigt, besteht kein Unterschied zwischen so oder mit Curare behandelten Thieren.

Die Erscheinungen von Schwindel, die beim Menschen auftreten, lässt Verf. bedingt sein in einer vasomotorischen Störung, welche eine Gefässdilatation am Augengrunde, vielleicht auch der Gehirngefässe bedinge. Wiederholt vorgenommene Beobachtungen mit dem Augenspiegel zeigten bei mit Pelletiérin behandelten Personen regelmässig starke Congestion der Gefässe im Augenhintergrunde, begleitet von Pupillenverengerung.

Werden die genannten Alkaloide per os eingeführt, so ist jedesmal zur Erreichung der Wirkung, die eine bestimmte Dosis von der Haut aus hervorruft, eine entsprechend grössere Gabe nothwendig.

Hinsichtlich der Intensität ihrer Wirkung folgen sich die Granatwurzelalkaloide so: Pelletiérin, Isopelletiérin, Pseudopelletiérin, Methylpelletiérin und zwar stehen die, für ein Kaninchen von 1500 Gramm Körpergewicht benöthigten letalen Dosen im Verhältniss von 17 : 20 : 40 : 50 Centigramm.

In therapeutischer Hinsicht sind die angeführten Alkaloide in erster Reihe Anthelminthica, beziehentlich Bandwurmmittel. D.-B. fand, dass die Pseudo- und Methyl-Verbindung nichts leisteten, hatte dagegen von den beiden anderen Salzen durchgängig gute Erfolge zu verzeichnen. Er benutzt das sogenannte gerbsaure Pelletiérin, eine Lösung von 30 Centigramm dieses, oder des Iso-Salzes gemischt mit 50 Centigramm Tannin. Er erzielte beim Gebrauch dieses Mittels in 37 Fällen von 39 eine günstige Wirkung. Bérenger-Férand sowie Laboulbène sahen in allen Fällen, bei denen sie sich der angegebenen Medikation bedienten, Erfolge.

Verf. räth, die Pelletiérinsalze nur bei Erwachsenen zu verwenden, nach Einführung des Mittels giebt er irgend ein Laxans, um den durch das Alkaloid gelähmten Parasiten aus dem Darmtractus zu entfernen.

Durch die Aehnlichkeit in der Wirkungsweise mit dem Curare veranlasst, gab D.-B. das Pelletiérin auch in zwei Fällen von Tetanus. Jedoch konnte er nur vorübergehende Besserung erzielen, sei es, dass die Fälle an sich zu schwerer Natur oder aber die Dosen des Medikaments nicht hoch genug gegriffen waren.

Die Endergebnisse seiner Untersuchung stellt Verf. in folgenden Sätzen zusammen:

1. Die Alkaloide der Granatwurzelrinde und speciell das schwefelsaure Pelletiérin und Isopelletiérin besitzen eine ausgesprochene und kräftige physiologische Wirkung.

2. Die Alkaloide bedingen Lähmung der motorischen Nerven mit Beibehaltung der Contractionsfähigkeit der Muskel. Die Sensibilität beeinflussen sie nicht, sie scheinen zuerst die Endigungen der motorischen Nerven innerhalb der Muskel zu afficiren und sind unter die Gruppe der Curare-Gifte einzureihen.

3. Das schwefelsaure Pelletiérin und Isopelletiérin sind sehr wirksame Bandwurmmittel.

Schulz.

---

## Neue Bücher.

Bernard, Leçons de Pathologie expérimentale et leçons sur les propriétés de la moelle épinière. Deuxième édition. Paris, J. B. Baillière et fils. 7 frcs.

Blackley, Hay Fever: its causes, treatement and effective prevention. Experimental researches 2nd. ed. London, Baillière. 10 sh. 6 d.

Capdupuy, Essai sur le diagnostic de la qualité des liquides pleurétiques. Paris, Parent.

Carles, Etude chémique et hygiénique du vin en général et du vin de Bordeaux en particulier. Paris, Masson. 3 frs.

Chateau, De l'asthme diathésique et de son traitement à La Bourboule. Paris, Masson.

Chatellier, De la pleurésie dans la grippe. Paris, Parent.

Dorveaux, Du traitement des anéorysmes de la fesse. Nancy, Crépin-Leblond.

Dowse, The brain and diseases of the nervous system. Vol. 2, Neuralgia: its nature and curative treatement. London, Baillière. 7 sh. 6 d.

Dureuil, Contribution à l'étude des pseudotumeurs blanches syphilitiques. Paris, Parent.

Frilet, Contribution à l'étude des manifestations herpétiques dans leurs rapports avec le traumatisme. Paris, Parent.

Gowers, The diagnosis of diseases of the spinal cord. An Adress delivered to the medical Society of Wolverhampton. London, Churchill. 4 sh. 6 d.

Guiraud, Essai sur l'hystérie précoce se developpant chez les jeunes filles avant la puberté. Paris, Parent.

Houzé de l'Aulnoit, Mémoire sur une nouvelle méthode d'étudier la marche de la cicatrisation à l'aide de tracés cicatriciels et de projections graphiques. Paris, J. B. Baillière et fils. 2 frs.

Jeannel, De l'infection purulente ou pyohémie. Paris, J. B. Baillière et fils. 7 frs.

Klebs, Handbuch der pathologischen Anatomie. 7. Lief. Larynx, Trachea. Bearbeitet von Dr. Eppinger. Mit 24 Holzschnitten. Berlin, Hirschwald. 8 Mark.

Landouzy, Des paralysies dans les maladies aiguës. Paris, J. B. Baillière et fils. 6 frs.

---

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.





Erscheint wöchentlich.
Jeder Jahrgang umfasst
52 Bogen nebst Titel
und Register.

# Centralblatt
für
# KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M.,
zu beziehen durch alle
Buchhandlungen und
Postanstalten.

Redigirt von

**Dr. H. Rühle,**
Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

**Dr. D. Finkler,**
Privatdocent und Assistent an der medicin. Klinik in Bonn.

**1880.** **19. Juni.** **Nro. 17.**

**Inhalt.** Referate: 1. **Westphal**, Einige Fälle von Erkrankung des Nervensystems nach Verletzung auf Eisenbahnen. — 2. **Jung**, Zur Aetiologie, Symptomatologie und Diagnostik der Gehirnabscesse. — 3. **Ballet**, Des abscès du cerveau consécutifs a certaines malformations cardiaques. — 4. **Näcke**, Beiträge zur Lehre des Delirium tremens potatorum. — 5. **Rosenthal**, Ueber den Einfluss von Nervenkrankheiten auf Zeugung und Sterilität. — 6. **Waldenburg**, Zur Lehre von den Reibungsgeräuschen nebst Bemerkungen über den Fieberverlauf bei Phthisis und Tuberculose und über Intestinalphthise. — 7. **Damsch**, Ueber die pathologisch-anatomischen Processe in den Lungen bei Fütterungstuberculose. — 8. **Revillont**, spasme fonctionel et tetanie chez un athlète. — 9. **Brissaud** et **Richet**, Faits pour servir à l'histoire des contractures. — 10. **Litten**, Ueber functionelle Alteration der Nierengefässe und die dadurch bedingte Albuminurie. — 11. **Stern**, Zur Wirkung des Jod und seiner Präparate.

1. **Prof. Westphal, Einige Fälle von Erkrankung des Nervensystems nach Verletzung auf Eisenbahnen.** (Charité-Annalen. V. Jahrg. 1880. St. 379.)

W. berichtet über 3 Fälle von Erkrankung des Nervensystems, welche nach Verletzung auf Eisenbahnen entstanden waren und seiner Abtheilung in der Charité Seitens der Bahnärzte zu einer dauernden und eingehenden Beobachtung überwiesen wurden.

Der erste, ein 39jähriger Bremser, fiel gelegentlich eines Eisenbahnunfalls mit dem Vorderkopf gegen eine Wagenwand, mit dem Bauch gegen einen eisernen Ofen, so dass er für kurze Zeit unbesinnlich wurde; darauf bekam er Kopfweh, Blutharnen und eine anhaltende Schmerzempfindung in der rechten vorderen Brust-, Bauch-u. Nierengegend. Am nächsten Tage war ein Gefühl von Schwindel zu den anderen Beschwerden hinzugetreten, 10 Tage später fühlte er sich wieder ziemlich wohl. In der nun folgenden Zeit wurde er häufiger, besonders beim Blick nach oben und auf glänzende, zumal sich gleichzeitig bewegende Gegenstände sowie bei schnellem Vornüberbeugen des Oberkörpers und nach schnellen Seitenbewegungen des Kopfes von Anwandlungen von Schwindel befallen, denen eine wenige Minuten andauernde Bewusstlosigkeit mit allgemeiner Körpererschlaffung und kurzem schlafähnlichen Zustande folgte. Andere Anfälle wurden beobachtet, die mit grossem Angstgefühl, selbst Tobsucht ähnlichen Erscheinungen einsetzten.



Fernerhin wurde eine Art epileptischen Traumzustandes beobachtet, sowie ferner nach seiner $1^1/_2$ Jahre später erfolgten Aufnahme in die Charité wirkliche convulsivische Anfälle mit Verlust des Bewusstseins, so dass das ganze Symptomenbild wohl der Epilepsie zuzurechnen ist. Irgend welche Anhaltspunkte zur Feststellung der anatomischen Veränderungen des Central-Nervensystems fanden sich nicht.

Bei dem 2. Falle, bei einem 42jährigen Schaffner, welcher im August 1874 in einem Zuge beschäftigt war, der einen Zusammenstoss erlitt und welcher nach dem Vorfall, von dem er nichts mehr wusste, mit einer Kopfwunde erwachte, stellten sich gleichfalls Schwindelerscheinungen ein, welche sich bis zur Bewusstlosigkeit mit nachfolgendem bewusstlosen Handeln steigerten. Ebenfalls trat Schwindel ein bei gewissen Augenbewegungen, besonders dem Blick nach oben. Bereits kurze Zeit nach der Verletzung bemerkte er Schwäche in beiden Beinen, besonders links, sowie in den Armen. Bei seiner Aufnahme, 4 Jahre nach der Verletzung, bestehen noch die Erscheinungen, leichter motorischer Schwäche in den Extremitäten sowie Sprachstörung und Funktionsstörung der Sinnesorgane. Die von der Verletzung herrührende schmale Hautnarbe war bei Druck etwas empfindlich, ebenso eine Stelle des Rückenmarkes über dem 4. bis 5. Halswirbel. Patient wurde nach kurzem Krankenhaus-Aufenthalte ungeheilt entlassen.

Der dritte Fall, ein 35jähriger Schaffner, wurde bei einem Zusammenstoss im Jahre 1876 mit dem Hinterkopf gegen eine Wand geschleudert, mit dem Bauch gegen eine Tischkante. Fast 2 Stunden später, nachdem er sich vorher ganz wohl gefühlt hatte, bekam er ein ohnmachtsähnliches Gefühl und 14 Tage andauernde sehr heftige Kopfschmerzen in der Stirn sowie im Hinterkopf. Als er nach dieser Zeit aus dem Bett aufstand, verspürte er Schmerzen im Kreuz sowie eine Schwäche in den unteren Extremitäten. Nach einer Kur in Rehme trat erhebliche Besserung ein und ungefähr ein Jahr nach der Verletzung übernahm er seinen Dienst wieder, allein einige Wochen später stellte sich Schwäche und Zittern des Beines und später auch des rechten Armes ein. Bei seiner Aufnahme (5. 11. 78) zeigte sich eine spastische Contractur des rechten quadriceps femoris, wenn der Patient im Bette lag, beim Stehen stellte sich eine leichte Beugestellung ein und gerieth das Bein in Zitterbewegungen auf- und abwärts, sowie es active Bewegungen ausführt, beim Gehen wird nur die Fussspitze aufgesetzt und der Hacken berührt den Boden nicht. Das Kniephaenomen erschien rechts stärker als links, auch bestand, aber nicht constant, bei Dorsalflexion des Fusses Fusszittern. Ebenso wie am rechten Bein, aber stärker, ist am rechten Arm die grobe Kraft der Muskulatur herabgesetzt. Bei activen Bewegungen entsteht Zittern, oftmals versagen die Muskeln dabei plötzlich ihren Dienst. Sensibilität intact. Blase und Mastdarm functioniren normal. Keine Cerebralerscheinungen. Im Nacken soll eine schmerzhafte Empfindung bestehen, wenn der Kopf nicht gestreckt gehalten wird.

„In den letzten beiden Fällen, sagt Prof. Westphal, wird es nicht zu gewagt sein, mehrfache kleinere myelitische (resp. encephalitische) Herde anzunehmen, die dem Trauma ihre Ursache verdanken und namentlich der letztere Fall bietet gewisse Analogien zu dem Krankheits-

bilde, welches bei chronischer Entwickelung ähnlicher Erscheinungen auf multiple sclerotische Heerde im Rückenmark bezogen zu werden pflegt."

In keinem Falle bestand begründeter Verdacht auf Simulation.

Bartold.

---

2. **Samuel Jung, Zur Aetiologie, Symptomatologie und Diagnostik der Gehirnabscesse.** (Wiener medic. Blätter 1880. Nr. 24.)

Auf Grund einer grösseren Anzahl von Fällen von Gehirnabscessen, die Verf. beobachtet, macht er Angaben, welche zur Differentialdiagnose zu verwerthen seien.

Leicht sei die Diffentialdiagnose zwischen Gehirnabscess und Typhus, weil für diesen die Fiebercurve charakteristisch, Milztumor vorhanden und Motilitätsstörungen im Typhus nur sehr selten vorkommen (Duchek); ebenso leicht die Unterscheidung von Epilepsie, da diese freie Intervalle der Abscess-Fiebererscheinungen und häufig Paralysen mit sich führe.

Für die Unterscheidung von Gehirnabscess und Hydrocephalus wird folgendes angegeben:

Häufiger ist Hydrocephalus. Für ihn spricht: Anhaltende Störung der psychischen Functionen; aetiologisch: Vitium cordis, Nephritis, Alkoholismus etc. Für den Abscess: Remissionen und Exacerbationen der schweren Symptome, Vorhandensein eines Entzündungsheerdes (Caries des Felsenbeins etc.). Am schwierigsten stelle sich die Differentialdiagnose zwischen chronsicher Erweichung und Abscess. Als bemerkenswerth wird hier hervorgehoben, dass die chronische Erweichung in den meisten Fällen mit Erkrankung der Gefässe einhergeht (bei Abscess nur 5,5 %).

Gegen Verwechselung mit Tumor schützt zunächst Aetiologie. Traumen, Fracturen bewirken Abscesse und zwar häufig (Heschl) in gegenüberliegenden Gehirnabschnitten (Contrecoup). Ebenso bewirken Eiterheerde in der Lunge: Abscess. Häufige Frostanfälle, hohes Fieber sprechen für Abscess. Dagegen spricht Anaesthesie, beharrlicher intensiver Kopfschmerz mehr für Tumor. Der Tumor entwickelt sich lentescirend, der Abscess hat ausgeprägtes acutes Stadium. Die im Cerebellum etablirten Abscesse sollen in der Regel ohne Heerdsymptome bleiben.

Finkler.

---

3. **Ballet, Des abscès du cerveau consécutifs a certaines malformations cardiaques.** Gehirnabscesse in Folge von gewissen Herzmissbildungen. (Archives générales de médecine. Juni 1880.)

Verf. stellt 6 Fälle zusammen (eine eigene Beobachtung) von gleichzeitigem Vorkommen von Gehirn-Abscess und Missbildungen am Herzen. Die betreffenden Kranken starben im Alter von $9^1/_2$, 15, 21, 25 und in 2 Fällen von 57 Jahren, und boten im Leben die Erscheinungen der Blausucht und gestörter Herzthätigkeit, sowie Erscheinungen von Seiten des Gehirns dar. Die bei der Obduction gefundenen Gehirn-Abscesse waren chronischer Natur und sassen fast alle



in den fronto-parietalen Hirnwindungen der rechten grossen Hemisphäre. Eine specielle Ursache für sie war nicht zu finden. Am Herzen bestand dreimal eine Communication zwischen beiden Vorhöfen (offenes foramen ovale), zweimal eine Durchlöcherung der Ventrikel-Scheidewand, einmal Communication zwischen aorta und rechter Kammer.

Ballet glaubt an einen causalen Zusammenhang zwischen der Herzanomalie und dem Gehirn-Abscess, giebt jedoch eine Begründung nicht an, auch sind die mitgetheilten Krankengeschichten und Obductions-Mittheilungen unvollständig und ungenau.

Bartold.

---

4. **Dr. P. Näcke, Beiträge zur Lehre des Delirium tremens potatorum.** (Deutsch. Arch. für klin. Med. Bd. XXV, Heft 4 und 5, p. 416—470.)

In der Einleitung gibt N. einen Ueberblick über die Geschichte und Literatur dieser Krankheit. Beim Säuferwahnsinn handelt es sich (Geissler) „um ein episodisches oder intercurrentes Leiden im Verlaufe des chronischen Alkoholismus, nicht um eine eigentliche Krankheit für sich". Die Fälle von Del. tr. nach einmaligem Excess sind mit der grössten Vorsicht aufzunehmen. Das Quantum Alkohol, von dem ab man von „abusus spirit." sprechen kann, ist sehr schwer festzustellen, es schwankt nach Alter, Beschäftigung, Individualität, Ernährung, Klima etc. Es gibt Säufer, die nie dem Delirium verfallen. Der abusus spirit. erzeugt nur die Disposition zum Del. tr., welches selbst erst auf eine somatische Gelegenheitsursache, wie fieberhafte Krankheiten, Fracturen, Traumen etc., oder auf psychische hin ausbricht. Gelegenheitsursache gibt nur selten die Entziehung des gewohnten Alkohols, bisweilen ein starker Rausch oder ein epileptischer Anfall. In Wein- und Bierländern ist die Krankheit selten, „die wahre Heimath sind die Schnapsländer *κατ' ἐξοχήν*: Norddeutschland, Schweden, England, Russland, Amerika". Die vorwiegend schädliche Wirkung des Branntweins beruht nicht nur auf dem grösseren Alkoholgehalt, sondern vielleicht hauptsächlich auf der Beimengung der Fuselöle. Oeftere Berauschungen brauchen nicht vorherzugehen. Auch die längere Einathmung, sowie die Resorption des Alkohols von Wunden oder von der Haut aus kann Del. tr. hervorrufen. Nach der Statistik liefert die gebildete Klasse ein verschwindendes, die arbeitende Klasse das grösste Contingent. Frauen werden in Deutschland relativ selten, desto häufiger in Russland und England befallen, die Formen sind bei ihnen entsprechend dem geringeren Abusus leichtere. Eine Vermehrung der Fälle in Zeiten der Noth (Lind) hat sich nicht bestätigt. Hereditärer Einfluss ist wahrscheinlich. Am häufigsten wird die Altersklasse von 30—50, unter dieser besonders die von 35—40 Jahren betroffen.

N. bespricht die verschiedenen Formen des Del. tr., zunächst die Abortivform (5% der Fälle), bei Frauen die gewöhnliche. Symptome: Unstäter Blick, heftiges, erregtes Wesen und Sprache, leichte Verdauungsstörungen, dabei Tremor und Delirien kaum vorhanden, oder sehr gering. Es handelt sich um ein auf das Prodromalstadium beschränktes Del. tr. Unter dem seltenen Delirium tremens chro-



nicum versteht N. „eine oft viele Wochen andauernde Reihenfolge immer schwächer werdender Recidive von Del. tr., die sich gewöhnlich direct an einen acuten Ausbruch anschliessen und nur relativ reine Intervalle darbieten.“ Nach Besprechung einiger anderer von gewissen Autoren unterschiedener Formen geht N. zur Symptomatologie des sog. idiopathischen Del. tr. über. In einem 2—3tägigen Prodromalstadium herrschen bald mehr gastrische Erscheinungen, wie Appetitmangel, unregelmässiger Stuhl, belegte Zunge etc., bald mehr cerebrale vor, wie Unruhe, wüstes Träumen, beginnende Agrypnie. Dann stellt sich Tremor ein, beginnend von der oberen Extremität, von fibrillärem Zucken bis zu den furchtbarsten Erschütterungen des Stammes. Meist geht damit einher starke Schweissproduction mit vermehrtem Durst. Durch den Tremor wird schon früh die Sprache undeutlich und lallend. Die Beschaffenheit des Pulses, der in uncomplicirten Fällen nur mässig beschleunigt ist, ist für die Prognose sehr wichtig. Die Respiration ist mässig beschleunigt, häufig unregelmässig. Stuhl meist retadirt, Appetit verringert, Gesicht congestionirt und turgescirt. Bezüglich der Körpertemperatur fand N. Folgendes: 1. Erhöhte Körpertemperatur (Max. 38,3°) findet sich nicht in allen Fällen, 2. nie im Prodromalstadium, sondern nur auf der Acme, 3. nur gegen Abend, 4. nur am 1., selten noch am 2. Tage des Ausbruchs, 5. jede höhere oder anhaltende hohe Temperatur deutet auf eine Complication, meist Pneumonie. N. meint, dass die Temperatursteigerung grösstentheils von der erhöhten Muskelaction abhängig sei. Die Harnmenge ist beträchtlich vermindert, das spec. Gew. höher (1022). Eiweissgehalt (in c. 50%) geht nicht parallel mit der Stärke des Del. tr. Der relative Werth der Phosphorsäureausscheidung scheint abnorm niedrig zu sein, der Stoffwechsel des Gehirns wäre demnach vermindert. Psychische Symptome: Nach N.'s Ansicht sind die Sinnesdelirien meist keine eigentlichen Hallucinationen, sondern Illusionen. „Das Gemeinsame aller Delirien besteht darin, dass 1. alles Vorgestellte in voller Bewegung und Thätigkeit sich befindet, 2. die Ideen fast insgesammt einen depressiven Character an sich tragen, 3. dem Kreise des gewöhnlichen Lebens, der Beschäftigungen, den Gewohnheiten oder politischen und socialen Zeitereignissen entlehnt sind.“ Im Gegensatz zur wahren Manie ist der Vorstellungskreis monoton. Am häufigsten ist der sog. Verfolgungswahn; die Thiervisionen sind nicht so allgemein, wie man gewöhnlich glaubt. In Bezug auf den Einfluss der Aussenwelt und peripherer Eindrücke, geben nicht selten Störungen des Gemeingefühls Veranlassung zu Wahnideen (z. B. Leibschmerzen erzeugen die Idee, als seien grosse Körper im Leibe). Viel häufiger sind Hallucinationen (Illusionen) der Sinnesorgane, namentlich des Gesichts und Gehörs, oder beider combinirt. Die Visionen werden gern mitgetheilt, während die Kranken mit den Gehörshallucinationen sehr zurückhalten. Für beide Arten kann man nicht selten den Ausgangspunkt eruiren und sie als Illusionen kennzeichnen. Geruchs- und Geschmackshallucinationen sind sehr selten. Oft nehmen die Kranken thörichte, ja verbrecherische Handlungen vor, verüben Mord oder Selbstmord, oder machen den Versuch dazu, selbst zu wiederholten Malen. Auf das verschieden lange Stadium der Erregung folgt ein 8—48 Stunden dauernder kri-

tischer Schlaf mit vereinzelten klonischen Zuckungen. Der Ausgang ist entweder vollkommene oder unvollkommene Genesung, bisweilen Uebergang in Psychosen oder schwere Nervenkrankheiten, oder Tod durch acute Hirn-Anaemie oder Oedem, oder Lungenoedem (bei Pneumonie), oder durch Selbstmord und Unfälle, oder allmählicher Erschöpfungstod. Die Prognose ist immer anceps. Eine allgemein giltige Mortalitätsziffer aufzustellen, hält N. bei der Verschiedenheit der Fälle für unmöglich. Das Maximum der Sterblichkeit fällt in das Alter von 35—40 Jahren. Der Durchschnittsaufenthalt der von N. beobachteten Deliranten betrug $4^1/_2$ Tage. Der Leichenbefund ist nichts weniger als characteristisch. Manchmal findet man Hirnanaemie, manchmal Hyperaemie oder seröse Durchtränkung des Gehirns, des Rückenmarks oder ihrer Häute. Die Differentialdiagnose zwischen Säuferdelirien und solchen, die im Verlauf anderer Krankheiten auftreten, ist oft schwierig, und fusst manchmal nur auf Anamnese und Verlauf. — Rückblickend bezeichnet N. mit Weiss das Del. tr. „als eine acute Intoxications-Psychose von eigenem Character, von verschiedener Prognose, meist genau umschrieben, bestimmt durch Entstehung, Regelmässigkeit der Symptome und des Verlaufs". Was die Therapie betrifft, so bekämpft N. die Inanitionstheorie und also die Alkoholbehandlung. Wenn auch viele Fälle bei exspectativem Verfahren heilen, so bleiben doch solche übrig, bei denen durch symptomatische Behandlung der Verlauf abgekürzt, die Mortalität beschränkt werden kann. Vor Allem ist die Aufregung und Schlaflosigkeit zu bekämpfen. Dies geschah früher vorzugsweise durch Opium und Morphium; in der Neuzeit wird das Chloral allgemein empfohlen. N.'s Erfahrung ist folgende: „Am besten ist die Darreichung einer vollen Gabe eines Narcoticums gleich im Beginne der Erkrankung." Welches Hypnoticum angewendet wird, ist gleichgültig. 3—5 gr Chloral reichten im Allgemeinen aus, um genügenden Schlaf herbeizuführen. Genügte die Dose nicht, so wurde bis zu normalem Verhalten täglich 1—2mal 2,0 fortgegeben.

N. spricht sich bei Del. tr. chronicum für Ueberführung in ein Irrenhaus aus, sonst für Internirung in Krankenhäuser, immer aber mit Beaufsichtigung durch Wärter; für stark delirirende Kranke hält er eine zeitweise Isolirung in geheizter Zelle für das Beste. Wegen Gemeingefährlichkeit oder wegen ungenügender Wartung kann die Zwangsjacke unentbehrlich werden, im Allgemeinen aber ist dem Norestraint-Systeme der Vorzug zu geben. Den unter sich widerspruchsvollen Resultaten, welche verschiedene Beobachter mit dieser oder jener Behandlung erzielt haben, hält N. das Wort Rose's entgegen: „Die Mortalität hängt in erster Linie vom Material, nicht von der Behandlung ab."

Stintzing (München).

---

5. **Rosenthal, Ueber den Einfluss von Nervenkrankheiten auf Zeugung und Sterilität.** (Wiener Klinik 6. Jahrgang, Heft 5. 1880.)

Bei der Mannigfaltigkeit der Krankheitsbilder, welche die mit genitalen Funktionsstörungen verbundenen Neurosen darbieten, hielt Verfasser die Betrachtung derselben nach der Häufigkeitsscala für am meisten empfehlenswerth. Er beginnt demgemäss mit dem Einfluss der Onanie und Excesse auf das Nerven- und Geschlechtsleben, von diesen



beiden liefert die erstere die ergiebigste Quelle centraler und sexueller Ueberreizungen, es kommt zu häufigen Pollutionen, ungenügenden Erectionen und verfrühter Ejaculation (Ueberreizung der centralen und lumbalen Reflexcentren) mit nachfolgenden Kopf- und Rückenschmerzen, Schwindel, Denkschwäche, Herzklopfen und flüchtigen Muskelkrämpfen. Die Pollutionen treten nicht blos bei Nacht, sondern auch bei Tag auf und arten endlich zur Spermatorrhoe aus, dem Abfluss von Samenflüssigkeit bei fehlender Erection und Wollustempfindung, welcher sich besonders nach Stuhlgang oder am Schlusse der Harnentleerung einstellt. Gemüthsverstimmung, Ermüdungsgefühl, Rückenschmerzen, Störungen der Verdauung und des Schlafes sind begleitende Beschwerden. Für ein sicheres Urtheil über die Frage der Befruchtungsfähigkeit genügt nicht blos eine genaue mikroskopische Prüfung auf Anzahl und Bewegungsdauer der Spermatozoën und auf das Verhalten der Böttcher'schen Samenkrystalle, welche nach des Verfassers Ansicht bei Gehalt an spärlichen oder bewegungslosen Spermatozoën leichter und reichlicher entstehen, sondern man muss auch vor allem feststellen, ob der Abfluss reichlich Samenflüssigkeit oder Prostatasecret ist. Dies kann nur durch die mikroskopische Analyse geschehen: in dem eiweissartigen, fadenziehenden Prostatasecret findet man Cylinderepithelien, Schleimkörperchen, Krystalle von Chlornatrium und häufig geschichtete Amyloidkörperchen, die Reaction ist alkalisch, auf Zusatz von salpetersaurer Silberoxydsolution entsteht ein klumpiger Niederschlag, welcher durch Ammoniak aufgelöst wird. Im stärkekleisterartigen Sperma findet man Spermatozoën und einzelne Epithelzellen, bei Zusatz von Silbersalpeter entsteht meist nur geringe Trübung, bei langsamer Verdunstung bilden sich die Böttcher'schen Spermatinkrystalle (glashelle, klinorhombische Krystalle), welche namentlich bei gänzlichem Fehlen von Spermatozoën in grosser Anzahl vorherrschend sind. Die Prostatorrhoe hebt die Potenz keineswegs auf, während perennirende Samenflüsse ungünstige Chancen für Nachkommenschaft geben. — Geschlechtliche Excesse sind dem Nerven- wie dem Geschlechtsleben in gleicher Weise gefährlich, die hierher gehörenden Kranken bieten meist den Typus der Rückenmarkshyperämie: Klagen über zeitweiliges Kopfweh, besonders im Hinterhaupt, Schwindel, dumpfe Rücken- und Kreuzschmerzen, Empfindlichkeit der Wirbelsäule bei Druck und elektrischer Reizung, Kriebeln und Einschlafen der Beine nebst Schwäche und leichter Ermüdung. Die Störungen in der Sexualsphäre geben sich durch Abnahme des Geschlechtstriebes, Schwäche und Hinfälligkeit der Erectionen und präzipitirte Ejaculation kund. Wurden die Excesse in den Mannesjahren begangen, so ist die Prognose nicht ungünstig, war die Rückenmarkshyperämie frei von Complicationen mit Samenfluss oder Anwandlungen von Priapismus, so kann die Affektion bei zweckmässiger Behandlung und Regelung der Lebensweise häufig Ausgang in Heilung nehmen. Rückfälle und verschleppte Hyperämien können jedoch weitere Veränderungen und Wucherungen anregen. — Funktionelle spinale Schwächezustände, welche ihren Ursprung anderen überreizenden und erschöpfenden Momenten verdanken (Neurasthenie, depressive Spinalirritation) führen auch zu sexueller Schwäche und Pollutionen, sind letztere vorhanden, so sind Erection und Potenz ver-

mindert, bei Erregung überstürzte Ejaculation eintretend, in den Fällen, wo die hierher gehörigen Patienten nicht an Samenverlusten leiden, geht die Cohabitation normal von Statten, hat aber beträchtliche Abspannung und Rückenweh im Gefolge. Heilung ist hier die Regel, selbst wenn die Rückenmarksbeschwerden nicht ganz verschwinden. — Psychische Reize haben einen mächtigen Einfluss auf die sexuelle Innervation, wollüstige Gedanken wirken fördernd, Befangenheit und hochgradige Aufregung (junge Ehemänner) beeinträchtigend. — In 2 Fällen von beginnendem Hirntumor aus des Verfassers Beobachtuug war der Coitus nur mit Anstrengung möglich und hinterliess anhaltende allgemeine Abspannung, bei einem anderen Kranken mit corticaler Epilepsie und nachfolgender Epilepsie löste der Beischlaf Convulsionen aus. Impotens bei Kleinhirntumor beobachtete Wunderlich und Friedreich Priapismus. Erschütterungen des Halstheiles des R.-M. bewirken Erection und Pollution. Beginnende Rückenmarksleiden kündigen sich oft entweder durch vermehrte sexuelle Erregbarkeit oder durch Abnahme der Potenz an, in letzterem Falle fand Verf. einigemal das Sperma dünnflüssig, minder gerinnungsfähig und arm an Samenfäden. Bei der progressiven Irrenparalyse kommt im Anfang Geschlechtsgier vor und in einem Fall von diphtheritischer Ataxie (Verf.) war anfangs gesteigerte sexuelle Erregtheit vorhanden, welche einige Monate lang dauernde Impotenz im Gefolge hatte. — Chronische Erkrankungen des Digestionssystems, der Nieren sind mit motorischen und sensiblen Beschwerden und häufig mit Verlust der Potenz verbunden. Die sexuelle Schwäche kann nicht blos aus der allgemeinen Anämie und Erschöpfung abgeleitet werden, dem Depressionszustand des Nervensystems kommt jedenfalls auch ein schwächender Einfluss zu. Bei Lungentuberculose findet man häufig Steigerung der Geschlechtslust und Potenz, jedenfalls in Folge der erhöhten Erregbarkeit des Nervensystems. Beim Diabetes mellitus dürfte die sexuelle Leistungsfähigkeit von dem noch vorhandenen Grade der Erregbarkeit des Nervensystems abhängig sein. — Von toxischen Substanzen sind dem Nerven- und Geschlechtsleben gefährlich: Opium, es führt bei Abusus zum Verfall des Nerven- und Geschlechtslebens. Morphium: Gemüthsverstimmung, Apathie, Energielosigkeit etc., die anfängliche Erhöhung der Geschlechtslust sinkt in späteren Stadien des Morphinismus mehr und mehr bis zum Erlöschen der Potenz. Das Sperma ist in diesen Fällen dünflüssig, spärliche, unbewegliche oder gar keine Samenfäden enthaltend. In einem Fall aus des Verf. Beobachtung traten nach Abgewöhnung des Morph. wieder Samenfäden im Sperma auf und die Potenz besserte sich. Alkohol: bei den schweren Formen des Alcoholismus chronicus findet man Verfall der sexuellen Thätigkeiten, Hoden zuweilen atrophisch, Scrotum und Penis atonisch und schlaff. Arsen: chronische Arsenikvergiftung erscheint unter dem Bilde einer auf Ernährungs- und Innervationsstörungen beruhenden Cachexie: fahle Gesichtsfarbe, Abmagerung, Kraftlosigkeit, Atrophie und Lähmung der Armstrecker etc. Was die Geschlechtsfunktionen betrifft, so beobachtete Verfasser bei Gebrauch der Tinct. Fowleri anfangs Erhöhung der sexuellen Reizbarkeit, bei 0,03—0,005 seltenere und schwächere Erectionen, welche bei längerem Gebrauch vollständig



verschwanden, nach Aussetzen des Arsenpräparates erholte sich die Potenz allmälig und langsam, was wohl mit der langsamen Elimination des Arsens durch den Harn zusammenhängt. Blei: ausser den bekannten Erscheinungen seitens des Nervensystems bei chron. Bleivergiftung weist die sexuelle Sphäre folgende Elicuationen auf: Verfall der Potenz, Neigung zu Abortus und Geburt von todten Früchten (bei Schriftgiesserinnen beobachtet). — Oertliche Veränderungen im Genitalsystem bedingen 1. Aspermie (Aspermatismus), d. h. bei Vorhandensein von Erection und selbst Wollustgefühl erfolgt keine Ejaculation, sie ist entweder durch materielle Veränderungen, welche einer Entleerung des Samens entgegenstehen, bedingt (organische Aspermie) oder in einer Störung der cerebralen Innervation begründet (nervöse Aspermie). Erstere ist die Folge von Erkrankungen der Harnröhre, Blase, Prostata etc., bei letzterer finden Hemmungseinflüsse vom Hirn auf den Ejaculationsreflex statt, z. B. bei ungewöhnlicher psych. Reizung, oder bei vorhandener Atonie der Samenwege reagiren letztere mehr auf den spinalen Reflex als auf den cerebralen, hierher gehören die Fälle, wo beim Coitus keine Ejaculation, wohl aber bei Masturbation stattfindet. 2. Azoospermie, hier ist die Kopulations- und Ejaculationsfähigkeit erhalten, es fehlen dem Sperma aber die Samenfäden. Dies kann bedingt sein durch Ergriffensein des samenbildenden Hodengewebes, durch Absperren der Leitungswege des Samens oder durch Morphinismus (toxische Azoospermie). Bei einzelnen der mit Aspermie oder Azoospermie behafteten Kranken fand Verfasser nervöse Reizerscheinungen: Kreuzschmerzen, Mattigkeit nach Aufregung und Coitus, ferner psychische Reizbarkeit und Gemüthsverstimmung.

Die Therapie der krankhaften Samenverluste ist entweder medicamentös oder örtlich, für erstere empfehlen sich die Brompräparate, die Tinct. Fowleri, das Natrum arsenicosum (in Pillenform zu 0,002—0,003) und bei hartnäckigen veralteten Formen und bei Priapismen steigende Dosen von Kalium bromatum mit etwas Opium, sowie die Tinct. veratri viridis zu einigen Tropfen auf Zucker bis zur Pulsverlangsamung. Atropin wirkt günstig auf die Prostatorrhoe ein, man reicht es zu 0,002—0,003 durch einige Tage bis zum Eintritt mässiger Pupillenerweiterung und Mundtrockenheit, auf die Spermatorrhoe hat es gar keinen Einfluss. Extract. secal. cornut. alcohol. (0,5—1,0 pro die) ist öfter bei den mit spinalirritativen Erscheinungen combinirten Samenflüssen von Nutzen, Chinin mit Eisen bei mit Anämie einhergehenden sexuellen Schwächezuständen. Die örtliche Behandlung besteht in Einführung von elastischen Bongies oder Metallsonden, des Winternitz'schen Psychrophors und örtliche Einwirkung von Adstringentien auf den prostatischen Theil mittelst des Eltzmann'schen Spritzenkatheters. Eine electrische Behandlung übt man am besten nach Benedict's Verfahren: Streichen der Samenstränge, des Penis und des Perineum mit der Kathode, während die Anode an der Lendenwirbelsäule aufruht in täglichen Sitzungen von 2—3 Minuten Dauer, oder nach Rosenthal: Durchleiten mässiger galvanischer Ströme von der Lendengegend (Kathode) zum Perineum (Anode) oder Gebrauch von an- und abschwellenden faradischen Strömen, wobei der eine Metallreophor in den Mastdarm eingeführt, der andere aussen am Damm angesetzt wird.

Die Hydrotherapie hat gute Erfolge, muss aber vorsichtig angewendet werden; bei Beginn kalte Sitzbäder zu vermeiden, dagegen Halbbäder von 24—20° C., Rückenbegiessungen etc., als Abschluss der Kur dienen kalte Regendouchen, kalte Abreibungen und kalte Wannenbäder. Von den Seebädern eignen sich für die Nordseebäder robust angelegte Personen, herabgekommene und reizbare Individuen passen für die Ostsee und die südlicheren Seen. Bei allen ist Regelung der Lebensweise wichtig: Aufenthalt in Bergen, an der See, reizlose Diät, Schlafen auf harten Matratzen, Vermeidung der Rückenlage. — Bei der Therapie der Impotenz kommen in Betracht: Tonica, Electricität und Hydrotherapie, letztere besteht bei den durch Excesse und psychische Depression bedingten Formen in feuchten Einpackungen mit nachfolgenden Halb-, später Vollbädern, Kreuz- und aufsteigenden Mittelfleischdouchen, bei den herabgekommenen, nervösen, mit spinalen Reizsymptomen behafteten Menschen in abgeschreckten Halbbädern, Rückenbegiessungen, kalten Abreibungen und Regendouchen. — Bei der Therapie der durch medulläre Kommotion bedingten Impotenz ist diese und deren reactive Beschwerden vor allem zu berücksichtigen: örtliche Blutentziehungen, Kälteapplicationen, innerlich Jodkali, Ergotin, später Electricität und Badekuren. Die Therapie der Aspermie ist wenig erfolgreich, nur bei einzelnen Formen der nervösen Aspermie wird Elektro- und Hydrotherapie von Nutzen sein, ebenso ungünstig sind die Chancen bei der Azoospermie. Hier muss vor allem eine rationelle Prophylaxis eintreten, namentlich ist die Gonorrhoe nicht leichtsinnig zu nehmen. Zum Schluss bespricht Verfasser noch die Therapie der medullären Hyperämie und der Neurasthenie, bei beiden neben Ruhe, Landaufenthalt, strenge Diät (Milchkur), sexuelle Enthaltsamkeit, vorsichtige hydriatische und elektrische Behandlung, Seebäder.

Matthaes (Colditz).

---

6. **Prof. L. Waldenburg, Zur Lehre von den Reibungsgeräuschen nebst Bemerkungen über den Fieberverlauf bei Phthisis und Tuberculose und über Intestinalphthise.** (Charité-Annalen V. Jahrg. 1880. St. 327 u. f.)

Im Anschluss an eine 1872 von Prof. Jürgensen gemachte Beobachtung, wo bei einem Falle von Miliar-Tuberculose ein eigenartiges weiches Reibungsgeräusch am Thorax gehört und gefühlt werden konnte und die Obduction keinerlei Zeichen von Pleuritis, sondern bei frei beweglicher Lunge grössere Knoten, bestehend aus einer Anhäufung von Tuberkel unter der Pleura (so dass die Lunge sich wie ein Schrotbeutel anfühlte) ergab, veröffentlicht Prof. Waldenburg einen ähnlichen Fall bei einer 33jährigen Phthisica.

Man fühlte bei derselben unter der rechten Achsel besonders bei tiefer Inspiration ein höchst eigenthümliches, sehr starkes Schwirren von ganz eigenartigem Charakter, weder besonders weich noch hart zu nennen, aber ähnlich, als ob man über einen Sack mit Erbsen streiche, die sich gegen einander verschöben. Dabei bestehen keine Zeichen von Pleuritis.

Die Obduction ergab nur einige ganz frische pleuritische Auf-



lagerungen und wenig Tuberkel auf der Pleura einer sonst fast ganz frei beweglichen Lunge, die das Reibegeräusch nicht veranlasst haben konnte, vielmehr fanden sich als Grund dafür zahlreiche theils indurirte pneumonische Heerde, theils käsig peribronchitische Knoten, die der Oberfläche der Lungen nahe sassen und zum Theil höckerig prominirten; nur von ihnen konnte das Reibegeräusch herrühren.

Bezüglich des Fieberverlaufes bei Phthisis und Tuberculosis erwähnt er als vorläufige Ergebnisse von zweistündlich ausgeführten Temperatur-Messungen an einer grossen Anzahl solcher Krankheitsfälle, dass man bei Phthisis, abgesehen von den fieberlos verlaufenden Fällen, ganz verschiedenen Fiebertypen begegnet. „Am häufigsten ist der intermittirende Typus, mit normaler und subnormaler Temperatur des Morgens und wahrscheinlich schon in der zweiten Hälfte der Nacht; gewöhnlicher beginnt die Temperatursteigerung in den Vormittagsstunden und erreicht ihre Akme von 4—6 Uhr Nachmittags, selten später von 7—8 Uhr, um dann zu sinken und in der Nacht mit Schweisseruption in die Defervescenz überzugehen. Gleichfalls häufig ist der remittirende Typus, bei welchem es überhaupt zu vollkommener Entfieberung nicht kommt, aber die Differenz zwischen Morgen- und Nachmittagstemperatur doch 1—2° beträgt.“ In einer dritten Reihe besteht hohes continuirliches Fieber. Letzterer Typus ist vorwiegend bei bisher relativ kräftigen Personen, welche von Phthisis florida ergriffen werden, und dauert meist bis zum Tode an. Der intermittirende Typus ist dagegen bei der Febris hectica mehr chronisch verlaufender Fälle am häufigsten.

Das Fieber bei der Tuberculose „habe die Eigenthümlichkeit, ausserordentlich unregelmässig zu sein und keinem bestimmten Typus zu gehorchen“.

Bezüglich der Intestinal-Phthise erwähnt er, dass dieselbe auch bei sehr hochgradiger Ausbreitung ohne besondere Symptome verlaufen könne (wie bei dem erwähnten Krankheitsfalle) und dass besonders der Schmerz ein sehr schwankendes Symptom sei. Bartold.

---

7. **Damsch, Ueber die pathologisch-anatomischen Processe in den Lungen bei Fütterungstuberculose.** (Inaugural-Dissertation, Berlin. 1880.)

In Virchow's Archiv Bd. 68 hatte Orth die durch Fütterung von käsigen Massen bei Kaninchen hervorgerufenen Veränderungen beschrieben. Die Lungen jener Versuchsthiere hat nun Verf. einer ausführlichen Untersuchung unterzogen und Folgendes gefunden: Die Lungen sind durchsetzt mit grauen eben erkennbaren Knötchen mit grösseren, zuweilen fast einen ganzen Lungenlappen einnehmenden Herden, letztere im Centrum verkäst, in der Peripherie grau und aus kleinen Knötchen zusammengesetzt. Jene kleinen Knötchen sind gefässlos und setzen sich zusammen aus epithelioiden Elementen. Die Zellen nehmen nach dem Centrum an Grösse zu, so dass sie in manchen Fällen zu Riesenzellen anwachsen. In den umliegenden Alveolen beginnt allmählich eine Desquamation der Epithelien, die zur Bildung pneumonischer Herdchen führt. In den Bronchialwandungen entsteht



in der Nähe eines angrenzenden Herdes eine zellige Infiltration der Adventitia, die sich auf die ganze Dicke der Wandung fortsetzt und deren Struktur zerstört. Derartig infiltrirte Parthien verkäsen schliesslich. Wichtiger als diese Veränderungen der Bronchien sind die Erscheinungen an den Gefässen. An Arterien sieht man einmal, dass von einem benachbarten Herd aus eine zellige Infiltration bis in die Intima vordringt. An anderen Präparaten gelingt es nicht, den Zusammenhang der Intimaveränderungen mit den Herden der Umgebung zu sehen und müssen dann jene als selbständig aufgefasst werden. Sie sind entweder rein entzündlicher Natur (Arteriitis obliterans) oder tuberculös, aus epithelioiden Zellen bestehend. In der Intima der Venen entwickeln sich oft schon ehe die Adventitia ergriffen ist, Knötchen, die fast nur aus epithelioiden Zellen bestehen und überhaupt in ihrer Struktur mit jenen kleinsten beschriebenen Tuberkeln übereinstimmen, daher als tuberculöse aufzufassen sind. Solche Knötchen gehen ebenfalls degenerative Processe ein. Aus allen diesen Veränderungen folgert der Verf., dass es sich bei der Eütterung mit tuberculösen Massen nicht um einfach chronische pneumonische Veränderungen, sondern um wahre Tuberculose handelt. **Ribbert.**

---

8. **Victor Revillont, spasme fonctionel et tetanie chez un athlète.** Funktioneller Krampf und Tetanie bei einem Athleten. (Gazette des hôpitaux, N. 68, 1880.)

R. gibt die ausführliche Geschichte eines 21jährigen Menschen, welcher seit seinem 14. Jahre athletische Produktionen übte. Sein Vater war Potator; er selbst lebt nüchtern, ist frei von Syphilis; trotz des anstrengenden Metiers nährt er sich schlecht. Seine Muskeln, insbesondere der musc. biceps und die übrigen Oberarm-Muskeln zeigen eine ausserordentliche Entwicklung. Vor einem Jahre traten zunächst beim Heben schwerer Gewichte schnell vorübergehende, schmerzhafte Krämpfe in den Armmuskeln ein; dazu kam bald eine bei intendirten Anstrengungen ab und zu eintretende, momentane Schwäche. Dann trat vor zwei Monaten während einer Produktion eine sehr schmerzhafte und heftige Contraktur der Armmuskel, insbesondere der biceps, ein, welche für mehrere Tage jede Beschäftigung unmöglich machte. Aehnliche Anfälle folgten. Nach einigen Wochen wurden auch die Unter-Extremitäten von der Schwäche und der schmerzhaften, tetanischen Contraktur angegriffen, so dass das Gehen fast unmöglich war. Beim Eintritt in's Hospital waren die Krämpfe heftiger und dauernder geworden. Geringe Bewegung oder Druck auf einen Muskel setzt die Muskeln der Extremitäten in tetanische Starre. Alle diejenigen, aber auch nur diejenigen Muskel, welche bei den Uebungen eines Athleten in starke Aktion treten, sind von der Contraktur befallen. „Es handelt sich nicht um einen gelegentlich eintretenden funktionellen Krampf, sondern ausserdem um Tetanie, um permanente Tetanie.“ Die am meisten betheiligten Muskel, z. B. der biceps, sind nie vollständig erschlafft. — Die Compression der Arterie eines Gliedes bringt gleich Tetanus der des Blutzuflusses beraubten Muskel hervor.





Dass die übermässigen Anstrengungen die Ursache dieses Zustandes sind, unterliegt keinem Zweifel. Pat. nimmt Bromkali (3,0 pro die), und unter der Einwirkung dieses Mittels tritt allmähliche Besserung der Krämpfe und der Tetanie ein. E. Bardenhewer.

---

9. **E. Brissaud et Ch. Richet, Faits pour servir à l'histoire des contractures.** Beiträge zur Gesch. der Contrakturen. (Le progrès médical, N. 19, 23 und 24. 1880.)

Die Verf. definiren die Contraktur als „die mehr oder weniger lang dauernde Verkürzung eines oder mehrerer Muskeln, welche durch den Willenseinfluss nicht mehr erschlafft werden können".

I. 1) Bei Hysterischen, welche in den Zustand des Somnambulismus versetzt sind, genügt eine leichte Reizung eines Muskels, z. B. leichte Massage, denselben in dauernde Contraktur zu versetzen. Auch ausserhalb des Zustandes des Somnambulismus bewirkt bei an hysteria major leidenden Kranken, welche leicht in jenen Zustand versetzt werden, eine willkührliche starke Contraktion z. B. festes Schliessen des Auges, Erheben eines schweren Gewichtes u. s. f., dass die betr. Muskeln in Contraktur gerathen. Bei einer der Kranken entsteht, wenn dieselbe den Kopf schnell zur Seite wendet, sogleich dauernder Torticollis.

2) Diese Contraktionen zu lösen, gibt es zwei Mittel, die direkte leichte Reizung der Antagonisten, — die im Zustande des Somnambulismus erzeugten Contrakturen weichen diesem leichter als die im wachen Zustand hervorgerufenen — und die Compression der Sehne des in Contraktur befindlichen Muskels. Es existirt also ein gewisser Gegensatz zwischen Muskel und Sehne: Reizung des Muskels erzeugt Contraktur, Reizung der Sehne hebt dieselbe auf.

II. Die contrakturirten Muskeln zucken auf elektrischen Reiz. Die Contraktur ist nicht die höchstmögliche Verkürzung eines Muskels; sie steht in der Mitte zwischen dem stärksten Tetanus und der Erschlaffung. Die myographische Kurve der Contraktur liegt dem entsprechend zwischen der Linie der Erschlaffung und derjenigen der elektrisch erzeugten Zuckung. (2 Illustrationen.)

III. Eine besondere Form hysterischer Contraktur beobachteten die Verf. bei der Kranken Mat... Es gelingt sehr leicht, dieselbe einzuschläfern; ist sie eingeschläfert, so kann man Katalepsie oder Contraktur hervorrufen. Aber selbst im wachen Zustande sind die Muskeln in einem intermediären Zustand zwischen Katalepsie und Contraktur. Nach jeder Contraktion nämlich verharrt der Muskel eine Zeit lang in geringer Contraktur. Schnell nach einander auszuführende Bewegungen sind dadurch behindert, verlangsamt. „Bei natürlichem Schlafe nicht minder wie beim Wachen befindet sich diese Kranke gleichsam in einem latenten Somnambulismus, welcher sich besonders dadurch charakterisirt, dass die Muskeln eine Tendenz zu kataleptischem Zustand haben." (2 Curven.)

IV. 1) Bei einer anästhetischen Kranken führten die Verf. zwei Nadeln in den m. biceps br. und bestimmten den niedrigsten Grad der Stromstärke, welcher noch fibrilläre Erzitterungen hervorrief. Wurden

die Muskeln dann in Contraktur versetzt, so ergab sich derselbe Grad der Erregbarkeit; ebenso wenn die Kranken in somnambulem oder kataleptischem Zustand sich befanden.

2) Legt man, nachdem der m. biceps in Contraktur versetzt worden, die Esmarch'sche Binde bis an die Schulter an, so schwindet die Contraktur nach einigen Minuten; nach Abnahme der Binde tritt die Contraktur sogleich wieder ein. Die Contraktur verschwindet also, wenn die Anämie dieselbe unmöglich macht; doch bleibt im Rückenmark die Tendenz, welche, sobald Blut zufliesst, wieder auf den Muskel zu wirken vermag und Contraktur hervorruft. Diese Thatsache der „latenten Contraktur“ beweist, dass die hysterischen Contrakturen reflektorischer Natur sind. Die im somnambulen Zustand vorhandene Beschaffenheit der Muskel, wodurch leichte Berührung dieselben in Contraktur versetzt, hyperexcitabilité musculaire (Charkot), ist ebenfalls nach Anlegung der Binde nicht mehr vorhanden.

Applicirt man den Magneten an den in Contraktur versetzten rechten Arm, so erschlafft derselbe nach einigen Minuten, und der linke Arm tritt in Contraktur; dann folgen Oscillationen. Ebenso kann man auch die nach Anlegung der Binde latente Contraktur von einem Arm zum anderen transferiren; ein Beweis dafür, dass der Magnet auf die Nerven wirkt, da die Circulation ausgeschlossen ist. Kommt die nach links transferirte latente Contraktur des rechten Arms in der ersten Oscillation nach rechts zurück, so ist sie (trotz der Anämie durch 10 bis 12 Minuten langes Liegen der Binde) nicht vollständig latent, sondern, wenn auch in geringem Grade, bemerkbar. Transfert und Oscillationen verstärken die Contraktur, oder bei Latenz die Tendenz zu derselben.

Die hysterischen Contrakturen sind also reflektorischer Natur; die sensitiven Endigungen der centripetalen Muskelnerven werden durch die Contraktion des Muskels gereizt, und rufen, anstatt einer kurz dauernden Contraktur wie beim gesunden Menschen, durch die bei Hysterischen gesteigerte Reflexerregbarkeit des Rückenmarks eine dauernde, tonische, Contraktur hervor, um so mehr, je heftiger die Erschütterung des Muskels war. So bewirkte bei einem hysterischen Mädchen ein ins Auge geflogenes Sandkorn vermittelst der dadurch hervorgerufenen Contraktion des m. orbicularis palpebrarum eine drei Monate dauernde Contraktion dieses Muskels. Bei einem anderen entstand in ähnlicher Weise nach einer starken Compression des Fusses eine Contraktur der Hüfte, welche fünf Jahre anhielt.

(Vgl. hierzu die neueren Beobachtungen über das Verhalten der Muskel bei Hypnotisirten, z. B. die von Grützner im Centralblatt für Nervenheilkunde u. s. w. N. 10. S. 188 und 189.)

E. Bardenhewer.

---





10. **Dr. M. Litten, Ueber functionelle Alteration der Nierengefässe und die dadurch bedingte Albuminurie.** (Centralblatt f. die medic. Wissenschaften 1880. Nr. 9.)

Litten überzeugte sich von der Zuverlässigkeit der von Posner (Eintauchen in heisses Wasser) und Ribbert (Einlegen in Alkohol) benutzten Untersuchungsmethoden, constatirte, dass unter physiologischen Bedingungen kein eiweisshaltiges Material in die Bowman'sche Kapsel transsudirt und untersuchte dann die Veränderung, welche 1) 2stündige Unterbindung der vena renalis, 2) 2stündige Unterbindung der Art. renalis, 3) vorübergehende $1^1/_2$ — 2stündige Unterbindung der Art. renalis herbeiführen. Bei den drei genannten Anordnungen fand sich die Bowman'sche Kapsel von den Glomerulis durch exsudirtes Eiweiss abgehoben. Bei Ligatur der Art. renal. (Anordnung 2) war das Quantum der albuminösen Masse sehr viel geringer.

Nach vorübergehender Unterbindung der Art. renalis waren die Epithelien der Kapsel vielfach gequollen, abgestossen. Auch weit in die mit unversehrtem Epithel bekleideten Harnkanälchen ragte die Eiweissmasse hinein.

Die Epithelkerne der Harnkanälchen waren meist intact. Was also zuerst von Nussbaum experimentell nachgewiesen war, konnte bestätigt werden. Der Ort der Eiweissausscheidung ist der Glomerulus.

Für die Ausscheidung dieser albuminösen Kapselexsudate besteht als gemeinsame Bedingung vorübergehende Erweiterung des Durchmessers der Nierengefässe speciell der Capillaren der Glomeruli. Bei Unterbindung der Arterie tritt die Erweiterung ein nach Abnahme der Ligatur.

Die Gefässerweiterung kann vorübergehen und giebt dann den Grund für transitorische Albuminurie ab.

Damit stimmt überein, dass strychninisirte Thiere nach dem Gefässkrampfe, bei Abnahme des Blutdrucks eiweisshaltigen Harn entleeren (Litten) und dass die Durchschneidung der vasomotorischen Nierennerven - Albuminurie bedingt (v. Wittich, Stokvis). Auch stimmt dazu die beobachtete Albuminurie nach commotio cerebri oder Verletzungen des Gehirns in der Nähe des vasomotorischen Centrums (Schiff, A. Bernard, Longet u. A.). Auch die Bedingung für den Durchtritt des Albumins bei acuter Nephritis erkennt Litten in der Gefässerweiterung und Verlangsamung des Blutstroms. Dem Blutdruck gesteht Litten zum Zustandekommen der Albuminurie weniger Bedeutung zu als man bis jetzt annahm.

Zu Gunsten der Ansicht, dass nach der Eiweissausscheidung auch die Harnkanälchen sich betheiligen, führt L. die Beobachtung an, dass die Epithelkränze der geraden Harnkanälchen durch albuminöse Exsudate von der membr. propria weit abgehoben waren.

Als Bestätigung früherer Versuche wiederholt L. die Angabe, dass indigschwefelsaures Natron auch nach den Ligaturen nicht durch die Glomeruli ausgeschieden wurde. (Gegen Henschen.)

Finkler.

---

11. **Prof. Dr. Stern, Zur Wirkung des Jod und seiner Präparate.** (Wiener medic. Blätter. 1880. Nr. 22, 23, 24.)

Verf. hat in mehreren mitgetheilten Fällen Heilung von Geschwülsten durch Jodbehandlung gesehen. Drüsentumoren sind theils vereitert, theils resorbirt unter der Anwendung von Jodoformsalbe (Jodof. 1,0 : Ungt. spl. 15,0). Anschwellungen der Schilddrüse zeigten scheinbar schnelleres Anwachsen der Geschwulst nach Application der Salbe, verkleinerte sich aber darnach.

Zur Erklärung der Wirkung des Jods wird Erregung des Gefässsystems und Einwirkung auf lymphoide Gebilde, die in Wucherung und entzündliche Schwellung gerathen, herangezogen. Finkler.

---

## Neue Bücher.

Baas, Leitfaden der Geschichte der Medizin. Mit in den Text gedruckten Holzschnitten. Stuttgart, Enke. 3 Mark 60 Pf.

Burckhardt-Merian, Ueber den Scharlach in seinen Beziehungen zum Gehörorgan. (Samml. klin. Vorträge 182.) Leipzig, Breitkopf & Härtel. 75 Pf.

Epstein, Ueber die Gelbsucht bei neugeborenen Kindern. (Samml. klin. Vorträge 180.) Leipzig, Breitkopf & Härtel. 75 Pfg.

Jahrbuch der praktischen Medizin. Herausgegeben von Dr. P. Börner. Jahrg. 1880. Stuttgart, Enke. 14 Mark.

Kussmaul, Die peristaltische Unruhe des Magens. (Samml. klin. Vorträge 181.) Leipzig, Breitkopf & Härtel. 75 Pfg.

Lannois, Paralysie vaso-motrice des extrémités ou érythromélagie. Paris, J. B. Baillière et fils. 1 frs. 50 ctm.

Laveran et Teissier, Nouveaux éléments de pathologie et de clinique médicales. Tom. 2. maladies des bronches du poumon, des plèvres, de l'appareil digestif et du foie. Paris, J. B. Baillière et fils. L'ouvrage compl. 15 frs.

Leroux, Des amputations et des résections chez les phthisiques. Paris, J. B. Baillière. 2 frs. 50 ctm.

Mackenzie, Manuel of diseases of the throat and nose. Vol. I. 12½ sh.

Mackenzie, Die Krankheiten des Halses und der Nase. Deutsch unter Mitwirkung des Verfassers herausgegeben und mit zahlreichen Zusätzen versehen von Dr. F. Semon. I. Band. Die Krankheiten des Pharynx, Larynx und der Trachea. Mit 112 Holzschnitten. Berlin, Hirschwald. 18 M.

Marquié, Contribution à l'étude des fibromes sous-cutanés douloureux. Paris, Parent.

Mickle, General paralysis of the insane. London, Lewis. 10 sh.

Mossé, Accidents de la lithiasie biliaire. Paris, J. B. Baillière et fils. 3 frs. 50 ctm.

Mouveroux, Compression des nerfs récurrents; Tachéotomie. Paris, Parent.

Nussbaum, Einfluss der Antiseptik auf die gerichtl. Medicin. München, Jos. Ant. Finsterlin. 60 Pf.

Parker, Tracheotomy in laryngeal Diphtheria with especial reference to after treatment; to which are added a few general remarks on diphtheria and its earlier treatment. Bogne. 6 sh.

Pierre, Etude sur l'arnica et ses principes actifs l'huile essentielle et l'arnicine. Saint-Dié. Humbert.

Rames, De l'action nerveuse, résumé historique. Paris, G. Masson.

Régeart, Etude sur les ruptures musculaires. Paris, Chaix et Comp.

---

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.



Erscheint wöchentlich.
Jeder Jahrgang umfasst
52 Bogen nebst Titel
und Register.

# Centralblatt
für
# KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M.,
zu beziehen durch alle
Buchhandlungen und
Postanstalten.

Redigirt von

**Dr. H. Rühle,** Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

**Dr. D. Finkler,** Privatdocent und Assistent an der medicin. Klinik in Bonn.

**1880.** **26. Juni.** **Nro. 18.**

**Inhalt.** Referate: 1. **Kühn,** Ueber Typhus recurrens. — 2. **Creighton,** an infective variety of tuberculosis in man, identical with bovine tuberculosis (Perlsucht). — 3. **Hervieux,** Note sur les éruptions vaccinales. — 4. **Malherbe,** Intoxication saturnine par les mèches à allumer les pipes. — 5. **Soyka,** Ueber die Natur und die Verbreitungsweise der Infectionserreger. — 6. **Roehmann,** Ueber die Ausscheidung der Chloride im Fieber. — 7. **Adamkiewicz,** Die feineren Veränderungen in den degenerirten Hintersträngen eines Tabeskranken. Westphal, Bemerkungen zu dem vorstehenden Aufsatze. — 8. **Westphal,** Ueber eine Combination von sekundärer, durch Compression bedingte Degeneration des Rückenmarks mit multiplen Degenerationsherden. — 9. **Gerhardt,** Zur Therapie der Erkrankungen des fünften Hirnnerven. — 10. **Lecorché,** Compression du pneumo-gastrique droit par un anévrisme du tronc brachio-céphalique. — Broncho-pneumonie suppurée du poumon droit. — 11. **Rosolimos,** Contribution à l'étude du choc précordial. — 12. **Fräntzel,** Einige Bemerkungen über idiopathische Herzvergrösserungen. — 13. **v. Buhl,** Beitrag zur pathologischen Anatomie der Herzkrankheiten I. — 14. **Ranke,** Eine Hemmungsbildung.

1. **Dr. G. Kühn, Ueber Typhus recurrens.** (Aus der med. Klinik in Greifswald. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 23. 1880.)

Im Frühjahr und Sommer 1879 wurden bei 35 Recurrenskranken 65 Anfälle auf der Klinik beobachtet. 315 Blutuntersuchungen, mit allen Einzelheiten notirt, ergaben: dass in der Regel zu jeder Zeit eines jeden Anfalles Spirillen sich vorfinden.“ 7 mal vor der Temperatursteigerung eines Relapses. Aeusserst selten, nur während später Relapse, gelang es nicht, Spirillen zu finden. Selbst bei 41,9° C. sind die Spirillen verschwunden, wenn die Krisis nahe ist; ihre Verringerung während des Fiebers deutet auf herannahende Krisis. Bei verschiedenen Kranken erschien die Menge der Spirillen auch bei gleich hoher Temperatur sehr verschieden; dies Verhalten blieb in den folgenden Anfällen desselben Kranken das gleiche. Doch geht die Schwere der Erkrankung der Menge der Spirillen parallel; bei dem einzigen tödtlich abgelaufenen Falle waren im letzten Relaps an 80 Spirillen im Sehfelde. Zum Färben der Präparate wurde Methylviolett und Fuchsin gebraucht. Durch kalte Bäder und grosse Dosen Salicylnatron (am besten per anum) wurde die Temperatur zum Sinken gebracht, der Anfall aber nicht abgekürzt. Letzteres schien zu glücken, wenn nach dem Abfall durch kaltes Bad mehrmals täglich 0,02 gr Pilocarp. mur. subcutan injicirt wurde. R.



2. **Charles Creighton, an infective variety of tuberculosis in man, identical with bovine tuberculosis (Perlsucht).** Eine mit der Perlsucht identische, infektiöse Varietät der Tuberkulose beim Menschen. (The Lancet, Nr. 25. 1880.)

C. giebt mit kurzen klinischen Notizen acht Sectionsbefunde, deren wesentliche Punkte kurz folgende sind:

1. Fall. Weisse, markige Herde von Erbsen- bis Wallnussgrösse, in der Mitte und in der Peripherie der Lungen, letztere zum Theil über die Pleura vorragend, ein Theil derselben keilförmig, in der Mitte erweicht; Milz sehr gross, mit kleinen perlförmigen Körpern besetzt.

2. Fall. Beide Lungen und Pleurae voll durchscheinender, miliarer Knötchen; in einer Lunge ein zwei Zoll grosser, bräunlich-gelber Infarkt von fester, zäher Struktur; frische Peritonitis, das Peritoneum (auch Leber und Milz) bedeckt mit erbsengrossen flachen Knötchen.

3. Fall. Grosser embolischer Infarkt von weisser, markiger Beschaffenheit; grössere und kleinere Herde von derselben Beschaffenheit. Pleurae mit kleinen Knötchen besetzt; auf mehreren Stellen des Peritoneums sitzen erbsengrosse (viergespaltene Erbsen), zum Theil gelappte Knötchen auf. Miliar-Tuberkel in den Sylvi'schen Gruben.

4. Fall. Käsige Bronchialdrüsen; Pulmonal- und Parietalpleura mit aufsitzenden, oder auch gestielten, weissen Tuberkeln besetzt; beide Lungen voll aussergewöhnlich grossen Tuberkeln von weisser, medullarer Beschaffenheit; daneben auch kleinere Knötchen.

5. Fall. Die Bronchialdrüsen bilden eine weisse, diffluirende Masse, gleichwie ein weiches Lymphosarkom; weisse Knoten in den Lungen und gangränöse Höhlen von Keilform.

6. Fall. Gestielte, zungenförmige Körper an Pleura und Peritoneum; fünf Zoll grosse Lymphdrüsen-Geschwulstmasse im Abdomen von harter Consistenz und gelblich-brauner Farbe. In den Bronchialdrüsen erbsengrosse, gelblich-braune Knoten, von einer durchscheinenden Kapsel umgeben; ähnliche Knoten in Milz und Leber.

In 6. und 7. sind die Lungenspitzen zusammengesetzt aus erbsenbis wallnussgrossen Höhlen mit weichen Wandungen, welche aus centraler Erweichung weisser markiger Massen, die sich an anderen Stellen noch erhalten finden, hervorgegangen sind.

8. Fall. Der Oberlappen der l. Lunge ist eine grosse Höhle, ohne käsige Substanz, Wände wie die einer Cyste, glatt oder leicht granulär oder trabekulär. In den Wänden der Höhle und in anderen Lungentheilen erbsen- bis haselnussgrosse feste, opaque, gelblichbraune Herde mit erweichtem Centrum; an der Pleura gestielte Knoten, von denen einer, gleich einem kleinen Medaillon, herabhängt.

C. glaubt annehmen zu müssen, es seien dies Fälle von auf Menschen übertragener boviner Tuberkulose, Perlsucht, Pommelière. Bestimmend für seine Annahme sind folgende Punkte:

1. Das Auftreten von tumor-artigen, embolischen Infarkten in den Lungen; dieselben zeigen sich zum Theil aus Confluenz mehrerer weisser Herde gebildet.

2. Die weisse, markige Beschaffenheit der bronchialen, mesenterialen und portalen Lymphdrüsen; die einzelnen Drüsen sind sehr

gross; sie sind vereinigt durch Bindegewebe; doch sind die Zwischenräume nicht so sehr ausgefüllt wie bei Skrofulose oder Lymphosarkom; jede vergrösserte Drüse enthält mehrere distinkte runde Massen.

3. Der Charakter der Neubildung in den Lungen-Infarkten, den Knoten und Lymphdrüsen; dieselbe ist dem Lymphosarkom sehr ähnlich, doch nicht damit identisch; das Gewebe war manchmal weiss, markig; manchmal gelblich-braun und hart; das letztere ist das Produkt einer mehr chronischen Infektion. Den höchsten Grad der Intensität der Infektion zeigt der 5. Fall, wo die Drüsengeschwülste diffluirend und die Infarkte in den Lungen zu gangränösen Höhlen geworden waren. Wirkliche Verkreidung war nicht nachweisbar: doch waren in mehreren Fällen die Knötchen sehr hart und zeigten streifige Beschaffenheit der opaquen, bräunlichen Substanz.

4. Die Eruptionen auf den serösen Häuten zeigen diejenigen Besonderheiten, welche, für bovine Tuberkulose charakteristisch, ihr den Namen Perlsucht oder Pommelière verschaffen.

5. Die mikroskopische Beschaffenheit der Neubildungen entspricht der von Virchow gegebenen Beschreibung; sie enthalten überall reichliche Riesenzellen, denen C. eine Gefäss-bildende Bedeutung zuschreibt.

6. In keinem der Fälle fand sich käsige Broncho-Pneumonie, noch fanden sich sonstwo spontane Verkäsungsherde. Die Vergrösserung der Lymphdrüsen war nicht diejenige einer primären Skrofulose, sie enthielten dieselben Struktur-Elemente wie die Knoten der serösen Häute.

Das Alter der Kranken war 21, 38, 17, 8, 40, 18, 57, 18 Jahre; 4 waren weiblichen Geschlechts; die 4 männlichen hatten verschiedene Beschäftigung (Bäcker, Tagelöhner, Falkner). Die Kranken stammten aus verschiedenen Theilen der Stadt (Cambridge) und des Landes. Die Krankheit verlief unter dem Bilde akuter oder chronischer Lungenaffektion. Besondere Intensität des Virus und individuelle Prädisposition hält C. für die nöthigen Bedingungen zur Entstehung und Entwicklung der bovinen Tuberkulose beim Menschen. E. Bardenhewer.

---

3. **E. Hervieux, Note sur les éruptions vaccinales.** Bemerkung über die Impfausschläge. (Archives de Tocologie. Juin 1880.)

Nachdem H. die Theorien von Husson, Bousquet, Royer, Guersant und Blanche über das Erscheinen überzähliger Pusteln nach der Impfung, sowie die Ansichten Cazenave's angeführt, geht er auf zahlreiche auch von Andern beobachtete Fälle ein, worauf er seine eignen mittheilt. Häufig sind die Fälle, in denen in der Nähe der Impfstelle überzählige Pusteln entstanden, seltener diejenigen, wo solche Pusteln am ganzen Körper zerstreut und in grosser Anzahl auftreten, während die denselben entnommene Lymphe zu neuen Impfungen, die ganz normal verliefen, benutzt worden sind. — Er zieht aus dem Mitgetheilten folgende Schlüsse:

1. Es giebt zwei verschiedene Formen von überzähligen Impfausschlägen, die Eine geht aus zufälligen Einimpfungen hervor, es sind Uebertragungen durch die Nägel der Individuen oder durch überzählige



und zufällige Stiche; die Andere entsteht spontan nach Art der fieberhaften Eruptionen.

2. Es erscheinen die spontanen Impferuptionen bald unter der Form von Pusteln, welche identisch sind mit den normalen Impfpusteln, und sich gleichzeitig mit den Pusteln an der Impfstelle entwickeln, bald unter der Form verschiedenartiger Exantheme, von Erythemen, Papeln, Miliaria, Pusteln, welche vom achten bis zum elften Tage auftreten.

3. Die Impferuptionen sind häufig für wahre Pockenausschläge gehalten worden. Kocks.

---

4. **M. Malherbe, Intoxication saturnine par les mèches à allumer les pipes.** Bleivergiftung durch Zunder zum Anzünden der Pfeifen. (Journ. de méd. de l'Ouest. Monit. de la Policlinique. No. 24.)

Ein alter Bäcker, der seit mehreren Jahren an Kolikanfällen mit Verstopfung litt, ward eines Tages von Schwindelanfällen mit Verlust des Bewusstseins befallen. M. fand bei dem Kranken die Zeichen der Bleivergiftung: Schwäche der Glieder, Atrophie der Dorsal-Muskulatur der Vorderarme mit Beugestellung der Hände, Bleisaum des Zahnfleisches etc. Nachdem man lange vergeblich nachgeforscht hatte, entdeckte man als Giftquelle gelben Zunder, dessen sich der Kranke, ein starker Raucher, seit mindestens 8 Jahren zum Anzünden der Pfeife bediente. Dieser Zunder enthielt eine sehr bemerkenswerthe Quantität chromsauren Bleioxyd's. Beim Gebrauch von Jodkalium und Anwendung der Electricität besserte sich der Zustand des Kranken erheblich.

Bereits im Jahre 1875 hat Lancereaux auf die mit dem Gebrauch des mit chromsaurem Bleioxyd imprägnirten Zunders verknüpfte Gefahr aufmerksam gemacht. Ungar.

---

5. **J. Soyka, Ueber die Natur und die Verbreitungsweise der Infectionserreger.** Vortrag gehalten im Aerztlichen Verein München. (Aerztliches Intelligenzblatt 1880. Nr. 21. 22. 23. 24.)

Der Verf. gibt im Wesentlichen eine kurze geschichtliche Darstellung der Ansichten und Untersuchungen über den genannten Gegenstand. Nachdem schon sehr frühzeitig die Ursache der Infectionskrankheiten in Organismen gesucht worden, war es in neuerer Zeit besonders Henle, welcher die Hypothese von der belebten Natur der Infectionsstoffe auf dem Wege theoretischen Raisonnements begründete. Es wird sodann auf die Untersuchungen über die organisirten Fermente der Fäulniss und Gährung und deren Wichtigkeit für die Lehre vom Contagium vivum hingedeutet. Der anatomische Nachweis pflanzlicher Infectionsstoffe ist für eine Reihe von Krankheiten erbracht worden, obgleich nicht alle Zweifel beseitigt zu sein scheinen. Von den experimentellen Untersuchungen werden diejenigen Chauveau's besprochen, welcher nachwies, dass die Vaccine durch corpusculäre Elemente inficirend wirkt. Die Versuche, die Organismen durch Filtration von etwa anhängenden Giften zu trennen, haben entscheidende Resultate



nicht gegeben, auch wohl nicht geben können. Dagegen sind durch fractionirte Culturen in adäquaten Nährlösungen specifische Organismen ausserhalb des menschlichen Körpers gezüchtet und als infectionsfähig erwiesen worden. — Auf die Natur der Infectionsstoffe kann ferner durch epidemiologische Forschung geschlossen werden. Der Verf. zeigt, wie die Begriffe des Contagium und des Miasma sich entwickelten, führt an dem Beispiele der Pest aus, wie der schwankende Begriff der contagiös-miasmatischen Krankheiten entstand, und hebt Pettenkofers's Vorschlag hervor, die Infectionsstoffe in endogene und ektogene (Entstehung und Reproduction der Keime inner- und ausserhalb des Organismus) einzutheilen. Dass die durch ektogene Keime bedingten Krankheiten nicht durch Ansteckung sich weiter verbreiteten, könnte trotz der Vermehrung der Keime im ergriffenen Organismus (amphigene Entwickelung, Stricker) durch eine Veränderung ihrer Beschaffenheit oder dadurch veranlasst sein, dass von Person zu Person nicht die genügende Menge des specifischen Giftes übertragen werde. Schliesslich wird auf die gegensätzliche Nägeli'sche Hypothese hingewiesen, nach welcher die s. g. contagiös-miasmatischen Krankheiten (Pest, Cholera u. s. w.) durch Contagien (endogene Keime) doch lediglich in solchen Individuen, welche durch die Aufnahme von Miasmen (ektogenen Keimen) disponirt sind, hervorgerufen werden. Wolffberg.

---

6. **Roehmann, Ueber die Ausscheidung der Chloride im Fieber.** (Zeitschr. f. klin. Med. 1. Bd. 3. Heft. S. 513.)

Redtenbacher hat gefunden, dass die Ausscheidung der Chloride durch den Harn auf der Höhe der genuinen Pneumonie sehr vermindert, ja zuweilen sogar vollständig aufgehoben ist. Jul. Vogel, Unruh u. einige Andere haben dann gezeigt, dass dies nicht, wie Redtenbacher meinte, für die Pneumonie pathognomonisch sei, indem sie dieselbe Thatsache auch bei den übrigen, besonders den acut fieberhaften Krankheiten constatirten. R. unternahm es, die Ursache der verminderten Chlor-Ausscheidung im Fieber zu erforschen. Durch eine Reihe genauer quantitativer Bestimmungen der mit der Nahrung aufgenommenen und der durch den Harn und durch die Faeces ausgeschiedenen Chloride stellte er zunächst fest, dass in acut fieberhaften Krankheiten die in der Nahrung zugeführten Chloride vom Darm so gut wie vollständig aufgenommen wurden, dass also nicht mangelhafte Resorption die Ursache der verminderten Ausscheidung durch den Harn sein könne, dass vielmehr eine Retention derselben im Körper stattfinden müsse. Dafür, dass diese Retention im Körper nicht auf einer mangelhaften Funktionsfähigkeit der Nieren beruhe, führt R. die Thatsache an, dass in zwei subacut fieberhaften Erkrankungen (1 Fall von acutem Gelenkrheumatismus und 1 Fall von Ileotyphus) abnorm grosse spontan eingeführte Kochsalzmengen trotz bedeutend erhöhter Körpertemperatur vollständig von den Nieren ausgeschieden wurden. Es bleibt also nur noch die Möglichkeit, dass die allgemeinen Stoffwechselvorgänge im Fieber die wesentliche Ursache der Retention sind und findet



R. diese Ursache in dem Verhalten des circulirenden Eiweisses zum Chlornatrium im Plasma. Eine gewisse Menge von Chlor resp. Chlornatrium werde von dem im Plasma circulirenden Eiweiss gebunden und könne vermöge dieser Bindung ebensowenig wie das Eiweiss selbst von den Nieren ausgeschieden werden. Dadurch, dass im Fieber ein mehr oder weniger grosser Theil der Gewebe zerfalle und von dem hierdurch frei werdenden Organeiweiss nur ein Theil sofort in seine Endprodukte zersetzt werde, gelange eine grössere Menge circulirenden Eiweisses in's Plasma. Dasselbe verbinde sich daselbst mit dem Chlornatrium und verhindere dieses an der Ausscheidung und bewirke so die Verminderung der Chloride im Harn. Erst wenn während und nach der Krisis die zurückgehaltenen Eiweissmengen zerfielen und ihr Stickstoff mit der kritischen resp. epikritischen Harnstoffausscheidung aus dem Körper entfernt werde, werde auch das Chlornatrium frei und verlasse jetzt in einer der früheren Retention entsprechenden Menge den Organismus.

Um den Einfluss, welcher eine vermehrte Zufuhr von Eiweiss auf die Ausscheidung des Chlors hat, direkt zu demonstriren, stellte R. folgenden Versuch an. Er gab einem grossen kräftigen Hunde, nachdem derselbe durch längere Zeit durchgeführte gleichmässige Ernährung in's Chlor- und Stickstoffgleichgewicht gekommen war, zur übrigen Nahrung noch täglich 750 gr rohes Pferdefleisch. Bei der Einfuhr der eiweissreicheren Nahrung konnte er eine Verminderung der Chlorausscheidung nachweisen.

Ungar.

7. **Prof. Dr. Albert Adamkiewicz zu Krakau, Die feineren Veränderungen in den degenerirten Hintersträngen eines Tabeskranken.** (Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten Bd. X, Heft 3.)

**Prof. C. Westphal, Bemerkungen zu dem vorstehenden Aufsatz.** (Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankheiten Bd. X. H. 3.)

A. beschreibt einen Fall eines Mannes von 40 Jahren, der 3 Wochen vorher plötzlich die Besinnung verlor und umfiel; er war seitdem gelähmt, sprachlos, hörte und sah nicht. Seit etwa 5 Jahren hatte er viel über kalte Füsse geklagt und Reissen in den Beinen und allmählich einen steifen, unbeholfenen Gang bekommen, aber noch immer ohne fremde Hülfe gehen können. Pat. war apathisch, reagirte auf keine äussere Anregung, der Mund mitunter nach links verzogen, der Kopf nach links gedreht. Die rechten Extremitäten vollkommen gelähmt, die linken werden manchmal bewegt. Das Empfindungsvermögen stumm und herabgesetzt. In der linken Gesichtshälfte die Haut anscheinend normal empfindlich. Nur flüssige Nahrung einflössbar. Harn und Koth gingen unwillkührlich ab. Die Herzspitze nach links verschoben, Herzdämpfung den rechten Sternalrand erreichend. An beiden Beinen keine Reflexe, keine Sehnenphänomene, die gelähmten Glieder absolut schlaff, besassen nicht den geringsten Muskeltonus, während die Muskelspannungen in den gelähmten Unterextremitäten

und die Sehnenphänomene nach Eintritt einer Hemiplegie in der Regel wachsen. Die Obduktion ergab einen grossen apoplektischen Herd in der linken Hemisphäre, in den Seitenventrikel durchgebrochen, mit Zerstörung des thal. optic., der innern Abschnitte des Linsenkerns und des grössten Theiles der inneren Kapsel; hier überall bröckeliges Blutgerinnsel, nach vorn bis an die Inselwindung; seitlich stiess der Herd an's Operculum, nach hinten bis zur Abzweigung des Hinter- und Unterhorns vom Seitenventrikel. Vorn am Balken ein isolirter Erweichungsherd, ebenso an der äussern Linsenkapsel. An den Arterien der Gehirnbasis eine weit verbreitete Endarteriitis deformans. Am Rückenmark eine Degeneration der Hinterstränge in ihrem ganzen Verlauf mit bedeutendem Schwund ihres Volumens durch Untergang der Nervensubstanz, die theils durch einen acuten Erweichungsprocess vernichtet, theils durch Bindegewebe von nicht gleicher Mächtigkeit ersetzt ist. An allen Degenerationen seiner Präparate erkennt A. einen gewissen Kern, von dem sie ausgehen und peripherische Parthien, nach denen hin sie sich mehr oder weniger schnell verlieren. Die Kern- und Ausgangspunkte der Degeneration, die näher präcisirt werden, sind die Stellen, von welchen Bindegewebe in die Hinterstränge eintritt und von welchen aus sich dasselbe, wie es auch in allen andern Organen geschieht, in der Richtung des arteriellen Blutstroms verzweigt. Der Fall lehrt also, dass die Tabes eine chronische Degeneration des Bindegewebes ist, die mit dem arteriellen Blutstrom, also in den Interstitien des Parenchyms der Hinterstränge fortkriecht. Sie ist eine wahre Sklerose und gleicht in ihrem Wesen der Cirrhose der Leber; sie ist keine parenchymatöse Erkrankung der Hinterstränge, also keine Systemerkrankung. Daraus, dass die Degenerationen sich streng auf das Gebiet der Hinterstränge begrenzen und dasselbe nirgends überschreiten, folgert A., dass die Hinterstränge ihre eigenen Ernährungs- und Stützapparate besitzen und daher als ein in dieser Beziehung von der übrigen weissen Substanz des Rückenmarks gesondertes und für sich bestehendes Organ anzusehen sind.

Westphal besitzt von einem früheren Todesfalle ein ähnliches Präparat, wie A. ihm eines aus der Halsanschwellung des vorgenannten Falles zeigte. W. hält es nicht für möglich, in solchen Fällen mit Sicherheit zu entscheiden, welche Parthie des Schnittes die Goll'schen Stränge repräsentire. Den allgemeinen Folgerungen, welche A. aus den Untersuchungen des Falles gezogen hat, kann W. nicht beitreten.

Oebeke (Endenich).

---

8. **Prof. C. Westphal in Berlin, Ueber eine Combination von sekundärer, durch Compression bedingte Degeneration des Rückenmarks mit multiplen Degenerationsherden.** (Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Bd. X. Heft 3.)

Patientin, bis dahin gesund, leidet seit etwa 1 Jahre an heftigen, zeitweilig typisch-neuralgischen Schmerzen zwischen rechtem Schulterblatt und Wirbelsäule, nach der rechten Brusthälfte ausstrahlend. Um Weihnachten wurde sie angeblich unter „Fieber“ entbunden, und als



sie am 9. Tage aufstehen wollte, musste sie, weil die Schmerzen zunahmen und die Füsse den Dienst versagten, wieder zu Bette gehen. Die Beine wurden gefühllos und schlugen und zitterten, wenn Pat. sich erheben wollte. Das Gehen wurde schwieriger, dauernde Bettlage nöthig, es entwickelte sich unwillkührlicher Harn- und Stuhlabgang. Stark gracil, hat Schwindelgefühl, Schmerzen in Rücken und Füssen und in diesen Kriebeln und Eingeschlafensein. Aktive Beweglichkeit der Beine aufgehoben, Sensibilität rechts besser als links. Kniephänomen vorhanden, Fussphänomen nicht. Wirbelsäule zwischen den Schulterblättern auf Druck sehr schmerzhaft. Lungen und Herz normal. Erhöhte Reflexerregbarkeit der Beine und spontane Flexionskontrakturen in denselben. Nach 4 Monaten ging die Pat. in der Klinik an decubitus und erschöpfenden Durchfällen zu Grunde. Die Autopsie bestätigte die im Leben gestellte Diagnose auf Leitungsunterbrechung des Rückenmarks im oberen Brusttheil, wahrscheinlich durch eine von hinten her komprimirend wirkende Geschwulst. Es sass dort ein tumor unter der aura mater 3 cm lang, 1 cm breit und 1 cm dick; die aura nicht mit ihr verwachsen, die pia aber fast überall an ihr adhärent. Das Rückenmark beiderseits nebst den entsprechenden Wurzeln nach vorn comprimirt, hier die hinteren Wurzelbündel stark atrophisch. An der rechten Seite noch eine kleine Geschwulst. Das Rückenmark zeigte nun eine aufsteigende sekundäre Degeneration der Hinterstränge und Flechsig's Kleinhirnseitenstrangbahnen von der Druckstelle aus- und abwärts der Pyramidenseitenstrangbahnen. Ausserdem bestanden hie und da fleckweise, sich scharf markirende Herde von unregelmässiger Gestalt bis in medulla oblongata und pons hinein, gänzlich unabhängig von der sekundären Degeneration, aber an einzelnen Stellen in diese übergreifend. Der Bau der Geschwulst ist so eigenartig, dass sie einer der bekannten Gruppen nicht einzureihen ist. Eine Beziehung zwischen der sekundären auf- und absteigenden Degeneration einerseits und den Herderkrankungen andererseits könnte etwa dadurch sich erklären, dass in einem Rückenmark, welches durch langsame Compression eine solche sekundäre Degeneration zeigt, eine Disposition zu circumskripten Erkrankungen entsteht, welche mit Circulationsstörungen in Blut- und Lymphbahnen in Verbindung stehen und an entfernt liegenden Abschnitten zur Geltung kommen können; man muss zunächst noch diese Combination als ein zufälliges Zusammentreffen betrachten.

Westphal gedenkt am Schlusse der neuesten Arbeit Schiff's (Atelectasis medullae spinalis — eine Hemmungsbildung. Pflüger's Archiv. Bd. XXI. S. 328), nach welcher bei Hunden in der weissen Substanz des Rückenmarks eine Hemmungsbildung — ein Verbleiben auf dem fötalen Zustande der Markhülle — vorkäme, die eine totale oder partielle sein könne und keine erkennbaren Störungen während des Lebens bedinge. Gegen die Folgerungen aus diesen Beobachtungen für die menschliche Pathologie, dahin gehend, dass Schiff die von Friedreich (Virchow's Archiv 1863, 1876 u. 1877) beschriebenen Fälle von grauer Degeneration der Hinterstränge für so gut wie identisch mit seiner Atelektase erklärt und es für nicht unwahrscheinlich hält, dass beim Menschen manchmal die angeblichen



fleckweise grauen Entartungen (Sklerosen) nichts Anderes seien, als verkannte „Atelektasien", glaubt W. Einspruch erheben zu müssen, da die von ihm selbst zum Theil gesehenen, in Weingeist gehärteten und von Schiff mittelst polarisirten Lichts untersuchten Präparate zu unvollkommen gewesen seien, um so weit gehende Schlüsse daraus zu ziehen. Aehnlich urtheilt Prof. Fr. Schultze (Heidelberg) (Centralblatt für Nervenheilkunde, Psychiatrie etc. 1880. Nr. 9 u. Pflüger's Archiv für Physiologie Bd. XXII Heft 3 u. 4), welcher behauptet, dass das Nervenmark an Präparaten, welche es in frischem Zustande überall zeigten, an den peripheren Abschnitten und längs der Fissuren durch die längere Einwirkung von Alkohol verloren geht. Die Angabe Schiff's, dass die von Friedreich und ihm als Bindegewebsfasern beschriebenen Fibrillen marklose Axencylinder gewesen seien, dass somit ein Plus, nicht aber ein Minus von Nervenfasern bestanden habe, verwirft er gänzlich und erachtet als beweisend für das Vorhandensein von Degenerationsprocessen in den Friedreich'schen Fällen die Anwesenheit von erheblichen Mengen von Corpora amylacea in den degenerirten Abschnitten.

Oebeke (Endenich).

---

9. **C. Gerhardt, Zur Therapie der Erkrankungen des fünften Hirnnerven.** (Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. XXVI. Heft 1 u. 2. p. 1—9.)

1. Carotis-Compression gegen Geruchs-Neuralgie. Um die gegen Gesichtsneuralgie wiederholt mit Erfolg ausgeübte Carotis-Compression resp. Unterbindung wieder in Erinnerung zu bringen, veröffentlicht G. folgende Beobachtung. Ein Pat. litt in seinem 6. Jahre in Folge eines Steinwurfs gegen den l. inneren Augenwinkel 1/4 Jahr lang an schmerzhafter Entzündung dieser Gegend und an bleibendem Thränenträufeln. Im 34. oder 35. Jahr entsteht in dieser Region erst eine Paraesthesie, später Schmerz, der sich nach einem Jahre auf die Schläfegegend, dann auf die l. Hälfte der Lippen und des Kinns, auf die l. Wange und obere und untere Zahnreihe verbreitet. Dieser Zustand besteht unter stetiger Steigerung seit 15 Jahren, von denen Pat. die beiden letzten im Bett zubringen musste. Körpergewicht 38,5 K. Grosse Abmagerung und Blässe. 2. und 3. Ast des Trigeminus mit Ausnahme des N. lingualis ganz befallen. Bei Carotis-Compression, die wegen Schwächeanwandlung nicht länger fortgesetzt werden konnte, hören die Schmerzen sofort auf, und die Schmerzpunhte werden auf Druck unempfindlich. Neben anderen Mitteln wurde Morph. muriat. nach Trousseau angewandt. Man gelangte in 12 Tagen bis zu 0,36 pro die; der Schmerz liess erheblich nach, aber Schlaf- und Appetitlosigkeit blieben. Es folgen Fröste, Fieber, Verdichtung des l. Unterlappens und nach 6 Tagen Tod. Ueber dem l. Ganglion Gasseri findet sich ein ziemlich dick geschichtetes, sehr gefässreiches, kurzfaseriges Bindegewebe, welches die circumscript haemorrhagisch-hyperaemische Dura mit der Oberfläche des Ganglion verklebt. Aehnliches Bindegewebe, aber in viel kleinerer Menge am rechten Ganglion. In der l. mittleren Schädelgrube ist der Knochen rauh und höckerig. Im l.



Ganglion einzelne Ganglienzellen bräunlich pigmentirt, im äusseren Theil Erweiterung der Capillaren mit vereinzeltem Blutaustritt, welcher diffuse bräunliche Pigmentirung bewirkt hht. G. hält es für wahrscheinlich, „dass von jenem Steinwurfe her eine schleichende Periostitis entstand, die einem der betheiligten Trigeminusäste folgend, in die mittlere Schädelgrube gelangte und dort sich dauernd festsetzte", dass also die chronische circumscripte Entzündung der Dura, der Knochen und des Ganglion nicht ein Nebeneffect, sondern die Ursache der Neuralgie war. In Bezug auf die Trousseau'sche Behandlung, die bedeutend schmerzlindernd wirkte, glaubt G., dass der äusserst heruntergekommene Mann gerade unter ihrem Einflusse fehlschluckte und sich so eine letale gangränescirende Schluckpneumonie zuzog. — Auf der Würzburger Klinik wurden in den letzten Jahren 3 intermittirende und 1 nicht intermittirende Quintus-Neuralgie durch Chinin, letztere durch grosse Dosen (4,0), eine durch Aconitinum nitricum geheilt.

2. Galvanisation gegen Trismus. Eine Pat. bekam in Folge von Katarrh des l. Mittelohrs Kieferklemme, so dass sie 12 Tage ausschliesslich von Flüssigkeiten leben musste. Die Vallein'schen Schmerzpunkte waren links empfindlich, die Sensibilität vermindert. Auf Anwendung des constanten Stroms wichen die Zahnreihen sofort etwas auseinander, bei einer 2. Application schon bis auf 3 cm. Die Sensibilität war sofort wiedergekehrt, die Druckpunkte unempfindlich geworden. Rückfälle wichen der gleichen Therapie. Eine gleichzeitige paralytische Aphonie wurde durch intralaryngeale Faradisation gehoben. — Von der chronischen Ohrenerkrankung aus waren offenbar reflectorisch die drei Trigeminus-Symptome: beiderseitiger Krampf der motorischen Portion, linksseitige Anaesthesie und Hyperalgesie der Vallein'schen Punkte, erzeugt worden. Letztere meint G. auf Zustände der Centralapparate zurückführen zu sollen, während die Anaesthesie vielleicht nur darauf beruhte, dass die peripheren sensiblen Nervenenden ausser Thätigkeit gesetzt wurden.

Ebenso wurde ein anderer Fall von Trismus mit neuralgischen Symptomen am 3. rechten Quintusaste, der durch Erkältung entstanden war, durch Galvanisation geheilt. Hier wurde der Krampf ebenfalls reflectorisch erzeugt, und zwar von einer Schleimhautentzündung aus, die zwischen den Kiefern hinter dem letzten Backzahn ihren Sitz hatte. Beide Male waren die sensiblen Störungen und die stärkere Contractur der Kaumuskeln gleichseitig mit der ursprünglichen Entzündung.

Stintzing (München).

---

10. **M. Lecorché, Compression du pneumo-gastrique droit par un anévrisme du tronc brachio-céphalique — Broncho-pneumonie suppurée du poumon droit.** Compression des rechten n. vagus durch ein Aneurysma der a. anonyma — eitrige Bronchopneumonie der r. Lunge. (Le progrès médical. Nr. 25. 1880.)

T . . . . hatte seit 2 Monaten an trockenem Husten und Stichen in der r. Seite, seit 8 Tagen an heftigen Husten-Anfällen mit Erstickungsnoth und grosser Angst und reichlichem schleimig-eitrigem Auswurf gelitten, als er am 22. 9. 1879 zur Aufnahme gelangte. — Grosse



Beklemmung auf der Brust, Husten und Erstickungsanfälle; diffuse Rhonchi, Dämpfung hinten rechts unten; kein Fieber; der schleimig-eitrigen Sputa mischen sich blutig gefärbte, wie Johannisbeeren-Gelee aussehende, bei; Reibegeräusche; in den letzten Tagen abendliches Fieber mit Schweissen; schneller Verfall; Tod am 10. Oktober.

Autopsie: „Mittel- und Unterlappen der r. Lunge durchsetzt von Hepatisationsherden, inmitten splenisirten Gewebes; die hepatisirten Stellen, welche in Wasser untersinken, sind auf dem Durchschnitt grauroth gefärbt und mit weisslichen Punkten besetzt, aus denen bei Druck ein Eitertröpfchen quillt. Die splenisirten Partien sind violet-roth; die ganze Lunge enthält viel rothes, eitriges Serum; insbesondere ist der Oberlappen ödematös, in welchem sich auch zwei bis drei Hepatisationsherde finden. — Kein Theil der l. Lunge sinkt in Wasser unter; nur Congestion des hinteren Randes. Bronchialschleimhaut beiderseits roth, injicirt; die Bronchien mit Schleim und Eiter erfüllt." Geringe, fibrinöse Pleuritis beiderseits hinten unten.

„Beim Oeffnen der trachea constatirt man an deren unterem Ende, 3 Cent. oberhalb der Bifurcation eine Art von Erhebung, welche einen röthlichen Knopf bildet; derselbe ist erodirt durch eine oberflächliche, 3 Cent. lange, 1 Cent. breite, blutende Ulceration; seine Längsaxe verläuft in diejenigen der trachea; die Trachealschleimhaut lebhaft injicirt. Adhärent an diese Ulceration findet sich ein rundlicher Tumor von der Grösse einer Mandarine, welcher durch die dilatirte art. anonyma gebildet wird. Die Wände des Aneurysmas sind nicht ulcerirt; es ist mit Fibrin und Cruor fast vollständig ausgefüllt. Die Dilatation betrifft die ganze Ausdehnung der art. anonyma; carotis und subclavia sind normal, ebenso der Aortenbogen, abgesehen von einigen Plaques. — Der n. vagus ist von dem Tumor nach vorne getrieben und auf 3 Cent. Länge abgeplattet und zertheilt; auch der n. phrenicus haftet an der Geschwulst und ist verschoben; der n. recurrens entspringt oberhalb derselben." — Herz normal; Leber vergrössert, hyperämisch; Milz aufs Doppelte vergrössert, erweicht; Nieren und Intestina ohne Veränderung. — Die mikroskopische Untersuchung der Lunge ergab „die bei Bronchopneumonie gewöhnlichen Veränderungen"; der n. recurrens vollständig normal: in den Fragmenten des n. vagus, im Niveau des Aneurysmas, zeigt sich der grösste Theil der Fasern degenerirt; viele sind ganz leer, haben nur die Schwann'sche Scheide.

L. bringt diese Beobachtung in Zusammenhang mit Genzmer's Versuch, wonach Durchschneidung des n. vagus oberhalb des n. recurrens dieselben Folgen habe wie die unterhalb derselben, die Affektion des Larynx bei Entstehung der Pneumonie also nicht in Betracht komme; er ist geneigt, einen directen trophischen Einfluss der n. n. vagi auf die Lungen anzunehmen. Das Myocard war nicht mikroskopisch untersucht worden. — Während des Lebens war von Seiten des Herzens ausser starker Beschleunigung der Action nichts Abnormes zu constatiren. Die Husten-Anfälle glichen denen bei Keuchhusten; doch fehlte die pathognomonische pfeifende Inspiration. Danach genügt also Compression des n. vagus nicht zur Hervorrufung der Keuchhusten-Anfälle.

E. Bardenhewer.

---

11. **Rosolimos, Contribution à l'étude du choc précordial.** Beitrag zum Studium des Herzstosses. (Gazette des hôpitaux. Nr. 69. 1880.)

Indem die Gesammtblutmenge bei der Ventrikel-Contraktion momentan aufgehalten wird, überträgt sich der Druck derselben, in der Richtung von oben nach unten und von hinten nach vorn, auf die Atrioventrikular-Klappen und die Ventrikel, welche in diesem Moment der Spannung des Venenblutes keine Kraft entgegensetzen und deren der Thorax-Wand zunächst liegender Theil gegen diese anstösst. — Nach den Messungen Cl. Bernard's genügt der Druck des Venenblutes zur Hervorbringung des Herzstosses. Beim Thiere sieht man nach Unterbindung der Venen am Herzen den Herzstoss ausfallen, während die Contraktionen andauern. Die Contraktion ist eine Bewegung am Ort, während der Herzstoss eine gradlinige Bewegung ist. Es kann also nicht die Contraktion an sich den Herzstoss erzeugen; dazu gehört ein anderer Umstand und das ist das Blut, welches aus den Venen in die Ventrikel drängt. Der Druck des Venenblutes ist die alleinige Ursache des Herzstosses.

Die Rückstosstheorie (Hiffelsheim) ist unhaltbar. Das Herz ist nicht einem Gefäss mit fixen Wandungen zu vergleichen; es entwickelt bei der Contraktion eigene Kraft. Auch entsteht nicht im Herzen allein die ganze Spannung, wie in einem Geschosse beim Abfeuern desselben geschieht. Könnte aber auch das Herz eine Rückstoss-Bewegung erleiden, so müsste, da die Ostien, durch welche das Blut entweicht, nach vorn und links liegen, die Richtung derselben nach hinten und rechts sein. Auch müsste der Herzstoss post-systolisch sein.

Ebensowenig stichhaltig ist die, der Rückstosstheorie fast gleiche Theorie von Sénac, Béclard etc. Das Blut, welches in die Gefässbögen ausgetrieben wird, kann nicht durch Rückwirkung auf das Herz den Herzstoss hervorrufen; dazu müsste die Spannung des Blutes stärker sein als die Kraft des Herzens. Ausserdem gelten gegen diese auch die gegen die Rückstoss-Theorie erhobenen Einwände.

Die Drehung des untern Herzendes bei der Contraktion (Borelli etc.) kann nicht den Herzstoss erzeugen; denn dieser ist eine Bewegung in gerader Linie, durchaus verschieden von der Contraktion.

Harvey und nach ihm Chauveau und Faivre erblicken die Ursache des Herzstosses in den Veränderungen der Ventrikel bei der Contraktion; sie schliessen aus der Gleichzeitigkeit auf die Ursächlichkeit. Doch kann die Zunahme der Transversalen, die Abnahme des Durchmessers von vorn nach hinten nicht den Herzstoss erklären. Ausserdem macht derselbe sich an der Herzspitze geltend, während er nach jener Annahme im zweiten oder dritten Interkostalraum auftreten müsste.

E. Bardenhewer.

---

12. **Prof. Fräntzel, Einige Bemerkungen über idiopathische Herzvergrösserungen.** (Charité-Annalen. V. Jahrg. S. 304.)

F. veröffentlicht seine Anschauungen und Erfahrungen über diejenigen Herzvergrösserungen, welche unabhängig von einem Klappenfehler entstehen.

Verf. spricht sich zunächst dafür aus, dass Hypertrophie und Dilatation des Herzventrikel genau auseinander zu halten seien. Hyper-



trophie entstehe, wenn der Herzmuskel die ihm gesetzten abnormen Widerstände allmählich überwinde, indem er an Volum und Muskelsubstanz zunehme, Dilatation dagegen, wenn der Herzmuskel den abnormen Widerständen nicht gewachsen sei und durch sie gedehnt werde. Die Bezeichnungen ex- und concentrische Herzhypertrophie müsse man fallen lassen.

Die Diagnose der Herzhypertrophie stützt sich auf eine abnorme Spannung der Radial-Arterien, den abnorm resistenten Spitzenstoss und das Vorhandensein eines abnorm verstärkten Tones über der aorta für den linken, über der pulmonalis für den rechten Ventrikel. Die Percussion des Herzens selbst gestatte keinerlei Rückschluss auf eine Hypertrophie, denn die Percussion vermöge mit einer gewissen Sicherheit nur diejenigen Theile des Herzens zu begrenzen, welche der Brustwand anlägen, die Grenzen der von den Lungen überdeckten Herztheile festzustellen, sei sehr schwierig; andererseits sei unsere Percussionsmethode auch nicht fein genug, um z. B. eine doch immerhin schon beträchtliche Verdickung der Herzwand um 2 mm festzustellen. Fernerhin sei die Herzdämpfung je nach der Form des Brustkastens verschieden und z. B. bei einem flachen Brustkorb grösser als bei einem gewölbten und fassförmigen Thorax, und so könne bei letzterem Thorax-Bau Hypertrophie des Herzens vorhanden sein und die Herzdämpfung, wie dies Beispiele lehrten, dennoch nicht über die sonst äussersten Grenzen der normalen Herzdämpfung hinausgehen. Hypertrophie und Dilatation, beide können sich zurückbilden.

Idiopathische Herzvergrösserungen kommen nun vor:

1. Bei abnormen Widerständen in den beiden Haupt-Arterien-Gebieten der aorta und pulmonalis. Dahin gehören auch die Seitz'schen Fälle von Ueberanstrengung des Herzens, wo plötzlich abnorm starke Körperanstrengung durch zu grosse Drucksteigerung im Aorten-System den Herzmuskel dehnt, bez. leistungsunfähig macht und irreparable Herzschwäche herbeiführt.

2. Starke Hypertrophie und Dilatation allmählich zur Beobachtung kommend bei bestehenden abnormen Widerständen im Gebiete der pulmonalis und aorta z. B. bei Verdichtungen der Lunge oder im Verlauf von Nierenkrankheiten. Bei diesen Affectionen tritt die Hypertrophie nicht ein, wenn gleichzeitig mit dem primären Krankheits-Process sich allmählich Cachexie ausbildet, die die Blutmenge und damit die Widerstände im Gefässsystem vermindert.

3. bei angeborener abnormer Enge des Aorten-Systems, und

4. in den sehr seltenen Fällen angeborener grosser Erweiterung desselben, wie dies die Beobachtungen von Krause lehrten.

5. bei wirklicher Plethora. (Theoretisch construirt, Beobachtungen wie bei der Leucaemie fehlen.)

6. Hierher gehört die grosse Gruppe der Herzvergrösserungen mit gleichzeitiger Arteriensclerose. Während man früher in den durch die Arteriensclerose bedingten abnormen Widerständen die Ursache der Herzvergrösserungen zu sehen pflegte, ist Verf. in Folge von Obductions-Befunden bei Kranken, wo im Leben beide Affectionen diagnosticirt wurden und doch später nur eine von ihnen sich fand, zu der Ansicht gekommen, dass Arteriensclerose als ursächliches Moment für



Herzvergrösserung fallen zu lassen sei. F. beschuldigt andere Ursachen für die früher hierher gerechneten Fälle, zumeist den übermässigen Genuss von Nahrungs- und Genussmitteln. Leute der wohlhabenden Gesellschaftsklassen, welche bei ruhigem, behaglichem Leben und geringer Körperbewegung häufig gut und reichlich kräftige Speisen und starke Weine geniessen, sowie schwere Cigarren rauchen, setzen Fett an und beginnen nach einiger Zeit über Kurzathmigkeit zu klagen. Schon jetzt zeigt eine aufmerksame Untersuchung an dem zumeist fassförmigen Thorax eine deutliche grosse Herzdämpfung aber noch in normalen Grenzen, die oft in ihrer Bedeutung verkannt wird, die aber bei dem Bau des Brustkorbes auf Hypertrophie hinweist. Hier hat die überreiche Zufuhr von Nahrungsmitteln zum Darm bei geringer Körperbewegung, Hyperaemie im Darmkanal, Stauungen und Drucksteigerung bis in die aorta zurück veranlasst, den Druck half Alcohol, Kaffee und Tabak noch steigern und in Folge davon hypertrophirte das Herz. Werden nun die Unterleibs-Gefässe durch abführende Behandlung (Carlsbad, Marienbad u. s. w.) entlastet und die Lebensweise geändert, so pflegt die Herzvergrösserung zurückzugehen; wenn die Ursachen bestehen bleiben, so führen die sich mehrenden Stauungen und die vermehrten Druck-Widerstände in der aorta schliesslich zum qualvollen Tode mit langem, nur durch Morphium erträglich zu machendem Todeskampf. Ebenso wie dem „reichen Dinerfreund" kann es dem einfachen Bürger gehen, der übermässig Bier geniesst. Männer jüdischer Abstammung schienen eine grössere Disposition zu dem Leiden zu haben, als Germanen. Für die Theorie der Entstehung spricht der gute Erfolg abführender, den Darm entlastender Brunnen.

Fernerhin vermehrte jede abnorme Muskelarbeit die Widerstände im Respirations-Apparat und die gesammte Muskulatur, auch die des Herzens pflegt dabei zu hypertrophiren. Dazu kommt der bereits erwähnte Druck steigernde Einfluss von Alcohol- und Tabakgenuss. Durch diese Veränderungen der Herzhypertrophie wird der sonst schwer arbeitende Handwerker u. s. w. schliesslich leistungsunfähig, indem Kurzathmigkeit, Druck auf das sternum, Lungencatarrh sich einstellt. Das Herz lässt sich als vergrössert objectiv nachweisen, die Spannung in der art. radialis wächst und der zweite Aortenton wird klingend. Auch hier kann eine ableitende Behandlung auf den Darm die Affection zum Stillstand bringen, oder das Leiden führt zum Tode und die Obduction ergiebt Hydropsien verschiedener Körpertheile, grosse Herzerweiterung, Abplattung der Papillarmuskeln und Verdickung der Ventrikularwände. Häufig ist die Muskulatur verfettet, wie sie sich durch eine „herbstlaubartige" Färbung der Muskulatur kund giebt.

7. Herzvergrösserungen durch Kriegsstrapazen, wie Beobachtungen nach dem Feldzug 1870 ergaben. Verf. hat das Nähere mitgetheilt Virchow's Archiv. Bd. 57. S. 215.

8. Fernerhin sind es Erkrankungen der Muskelsubstanz selbst, pericardiale Verwachsungen und Erkrankungen durch nervöse Einflüsse (Morb. Basedowii), Alcohol-, Tabakgenuss, psychische Depressions- und Excitationszustände, die zu idiopathischen Herzvergrösserungen führen.

**Bartold.**

---



13. **Prof. v. Buhl, Beitrag zur pathologischen Anatomie der Herzkrankheiten I.** (Zeitschrift für Biologie. 1880. XVI. 215—252.)

Unsere Kenntnisse von der Genese der angeborenen Herzfehler sind neuestens insbesondere durch Rokitansky's Arbeit über die Defecte der Scheidewände des Herzens (1875), durch welche die fötale Endocarditis sehr eingeschränkt wurde, gefördert worden. B. ist zu der Ueberzeugung gekommen, dass die Endocarditis überhaupt erst in den späteren Perioden des fötalen Lebens erscheint und somit alle aus früherer Zeit stammenden Herzfehler Entwickelungsanomalien sind. In der vorliegenden Abhandlung beschreibt der Verf. eine Reihe von Herzpräparaten aus der Sammlung des Münchener pathologischen Instituts, welche Septumdefecte und verwandte Anomalien als Bildungsfehler betreffen. Diese Präparate entstammen einer männlichen ischiopagen Doppelbildung, einem Neugeborenen, einem Knaben von 7 Jahren, einem 15-, einem 20jährigen Mädchen, einem 25jährigen Manne, drei missbildeten Früchten, einem Kinde von 11 Monaten, einer Frau von 68 Jahren, einem akranischen Fötus. In allen Fällen ist der Defect im Septum ventriculorum mit Transposition der Artt. Aorta und Pulmonalis verbunden und der Defect als die Folge der Transposition zu betrachten; die Letztere ist als abnorme Theilung des Truncus arteriosus communis anzusehen. Die abnorme Theilung geschieht in der Regel so, dass die Pulmonalis enger, die Aorta weiter wird. Die durch abnorme Theilung zu enge Pulmonalis besitzt fast immer nur zwei Klappen. Die Transposition ist nicht selten mit Dextrocardie verbunden. Zeichen von Entzündung finden sich nur in solchen Fällen, in welchen nach der Geburt längeres Leben bestand. Daher ist es falsch, die Entzündung als den primären Vorgang aufzufassen und von dieser den Herzfehler (Pulmonalstenose), die Stauung und als Folge von Stauung den Septumdefect abzuleiten. Die Verdickungen sind nicht sowohl primär-entzündlich als vielmehr eine Consequenz der Ablenkung des Blutstromes. — Für den Arzt ist es von besonderem Interesse, dass man in etwa 90 % der Fälle von angeborener oder bald nach der Geburt eintretender Cyanose sicher ist, eine Stenose des Ostium pulmonale oder des Conus arteriosus dexter mit Defect im Septum ventriculorum zu finden, — Bildungsfehler, aber nicht Endocarditiden. — Der Verf. beschreibt noch zwei Fälle von entzündlicher Stenose des pulmonalen Ostiums bei Erwachsenen, welche anatomisch durch normale Lagerung der Gefässe, normale Zahl der Pulmonalklappen und normale Beschaffenheit des Septum sowie des Conus arteriosus dexter, der Art. pulmonalis selbst und des Ductus Botalli ausgezeichnet sind. Da in diesen Fällen die Foramina ovalia offen geblieben (wahrscheinlich durch den Druck des in dem rechten Vorhof gestauten Blutes), so scheint die Endokarditis im fötalen Leben entstanden zu sein, immerhin aber erst zu einer Zeit, wo das Herz bereits wohl ausgebildet war. — Der Verf. ist durch die bisherigen Versuche, die verschiedenen Formen der Pulmonalstenose zu systematisiren, nicht befriedigt. Insbesondere tadelt er an den früheren Eintheilungen das Zusammenwerfen der durch Bildungsfehler entstandenen, mit den durch Entzündung hervorgerufenen Pulmonalstenosen; die Anschauung,



dass auch die Bildungsanomalien auf fötale Entzündungen zurückzuführen sind, ist gegenwärtig nicht mehr gerechtfertigt. Des Verf.'s Eintheilung ist folgende:

I. Abnorme Theilung des Truncus arteriosus communis:
  a. mit Verengerung der Pulmonalis bis zur Atresie:
    1. ohne Transposition der grossen Gefässstämme, ohne Septumdefect, mit Offenbleiben des Foramen ovale;
    2. mit Transposition, mit Septumdefect, Foramen ovale häufig geschlossen.
  [b. (sehr selten) mit Erweiterung der Pulmonalis.]

II. Entzündliche Stenose der Pulmonalis; Offenbleiben des Foramen ovale, sonst keine Bildungsanomalien.

Die Fälle der ersten Serie ohne Septumdefect enden in der Regel schon innerhalb des ersten Lebensmonats mit dem Tode. Die hier beobachtete mangelhafte Entwickelung der Tricuspidalis ist als ein Zeichen der frühesten Entstehung dieses Herzfehlers aufzufassen. Die Fälle der zweiten Serie, sowie diejenigen der ersten mit Septumdefect können auf längeres Leben rechnen. Die Cyanose tritt bei vorhandenem Septumdefect erst dann ein (zuweilen vergehen bis dahin viele Jahre), wenn auf dem Boden des Bildungsfehlers durch fortschreitende Obliteration namentlich im Ostium pulmonale, Conus art. dexter und im ganzen rechten Ventrikel oder durch frische Endocarditis an den genannten disponirten Stellen der Lungenkreislauf behindert und abgesperrt wird.

Wolffberg.

---

14. **Prof. Ranke, Eine Hemmungsbildung** (Aerztliches Intelligenzblatt. 1880. Nr. 22. S. 248.)

wurde von R. im Aerztlichen Bezirksverein München vorgestellt, ein weibliches Kind von 5 Monaten, das vierte Kind gesunder Eltern aus Oberfranken, mit lebhaftem Gesichtsausdruck und in normalem Ernährungszustande. Alle vier Extremitäten fehlen vollkommen. Schulter- und Beckengürtel mit den dazu gehörigen Muskeln sind normal vorhanden. Die Lebensfähigkeit des Kindes wurde als eine anscheinend gute bezeichnet, doch lehrt ein Zusatz der Redaction, dass dasselbe inzwischen gestorben ist.

Wolffberg.

---

## Neue Bücher.

Arango y Lamar, Des phénomènes prémonitoires de la colique hépatique, symptomatologie, diagnostic etc. Paris, Ve. Henry.

Augieras, Sur la trachéotomie dans le cancer du larynx. Paris, Parent.

Beaufinet, Etude clinique sur le colchique d'automne. Paris, Parent.

Balczewski, Contribution à l'étude de la dacryocistite et de son traitement. Paris, Reiff.

Bayle, De la stupeur dans l'aliénation mentale; de la température dans cet état morbide. Paris, Parent.

Bontemps, De la gingivite: essai de classification, ses formes, son traitement. Paris, Parent.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.





Erscheint wöchentlich.
Jeder Jahrgang umfasst
52 Bogen nebst Titel
und Register.

# Centralblatt
für
# KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M.,
zu beziehen durch alle
Buchhandlungen und
Postanstalten.

Redigirt von

**Dr. H. Rühle,** Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

**Dr. D. Finkler,** Privatdocent und Assistent an der medicin. Klinik in Bonn.

**1880. 5. Juli. Nro. 19.**

**Inhalt.** Referate: 1. **H. Quincke,** Zur Pathologie des Blutes. — 2. **Ribbert,** Eine mikroparasitäre Invasion der ganzen Gehirnrinde. — 3. **Eichholt,** Beitrag zur „centralen Sklerose“ (Sclérose periépendymaire). — 4. **Moeli,** Ein Fall von amyotrophischer Lateralsklerose. — 5. **Weiss,** Ueber Tabes dorsalis. — 6. **Fraenkel,** Ueber Pleurometrie. — 7. **Friedreich,** Ueber die respiratorischen Aenderungen des Percussionsschalles am Thorax unter normalen und pathologischen Verhältnissen. — 8. **Ewald,** Weitere Beiträge zur Lehre von der Verdauung. — 9. **J. Korach,** Allgemeines Hautemphysem mit Ansammlung brennbarer Gase nach Perforation eines Ulcus ventriculi. — 10. **E. Poensgen,** Fall von subcutanem Emphysem nach Continuitätstrennung des Magens. — 11. **Ribbert,** Ueber senile Osteomalacie und Knochenresorption im Allgemeinen. — 12. **Guttmann,** Ueber die Zuckerausscheidung in einem Falle von Diabetes mellitus unter dem Gebrauch von Ammoniaksalzen. — 13. **Binz,** Chinarinden, Chinin.

1. **Professor H. Quincke, Zur Pathologie des Blutes.** I. Weitere Beobachtungen über perniciöse Anaemie. (Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. XXV. H. 6, p. 567.)

Im Anschluss an seine früheren Mittheilungen (Volkmann's klin. Vortr. Nr. 100 und Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. XX. p. 1) berichtet Quincke über 10 weitere Fälle von perniciöser Anaemie, welche im Allgemeinen die schon beschriebenen Symptome darboten: Hochgradige Schwäche und Blässe; meist Abmagerung, Appetitlosigkeit, Diarrhoen, systolische Herz- und Arteriengeräusche; mehrmals auch verbreiterte Herzdämpfung; in einigen Fällen unregelmässiges geringes Fieber (Maxim. 38,8), Neigung zu Schwindel, Erbrechen, Athembeschwerden, Herzklopfen, Oedeme; constant Poikilocytose. Die Zählung der rothen Blutkörperchen ergab 576—678 Tausend in 1 Cubmm.; der Haemoglobingehalt schwankte zwischen 20 und 30% der Norm. Das Alter der Patienten (6 weibl., 4 männl.) lag zwischen dem 20. und 40. Jahr, mit Ausnahme eines 59jährigen Mannes. 5 Fälle verliefen tödtlich, 2 mit Heilung, 3 wurden mehr oder weniger gebessert. Bei den Sectionen fand sich allgemeine Anaemie, Hydrops der serösen Höhlen, Oedeme in den Lungen und anderen Organen, in 2 Fällen Kleinheit des Herzens, 2mal auch fettige Degeneration des Herzmuskels. Durch $NH_4S$ wurden die Leberschnitte regelmässig grünschwarz gefärbt, vorwiegend in der Peripherie der Läppchen. Das Mikroskop zeigte grössere schwarze oder kleine schwarzgrüne Körnchen, besonders in den Capil-



laren und Leberzellen. Weniger constant und deutlich war die Eisenreaction in Milz, Nieren, Pankreas und Knochenmark. Q. betont, gestützt auf seine früheren, sowie auf die meisten seiner neuangeführten Fälle die grosse Magerkeit als Symptom der perniciösen Anaemie, als praedisponirendes Moment ungünstige Ernährungsverhältnisse, als Gelegenheitsursachen Schwangerschaft, Lactation, Diarrhoen. In 2 Fällen fand sich — wahrscheinlich angeboren — abnorme Kleinheit des Herzens ohne Anomalie der Weite und Wanddicke der grossen Gefässe. Das in einem Falle bestimmte specifische Gewicht des Blutes betrug 1028, die in 4 Fällen vorgenommene Zählung der rothen Blutkörper ergab (cf. oben) $^1/_8$—$^1/_{10}$ der Norm. Die Berechnung des Farbstoffgehaltes der einzelnen Blutkörperchen aus der Zahl der letzteren und dem Hb.-Gehalt führte zu unwahrscheinlichen Werthen. Den Fehler sucht Q. in dem Malassez'schen Zählverfahren, während die einfache Manipulation der Farbstoffbestimmung ein schnelleres und sicheres Urtheil über den Gesammtbestand der rothen Blutkörper gestatte. Die Retina zeigte in zwei Fällen die bekannten Haemorrhagien mit hellerem Centrum, in einem Falle Stauungsneuritis. Selten kamen im Harn zeitweise Eiweissspuren vor. Bei einem Patienten wurde bei geringer Harnstoffausscheidung gesteigerte Harnsäureausscheidung constatirt. An der Berechtigung resp. Nothwendigheit der Transfusion, die unter 4 Fällen nur einmal mit sichtlichem Erfolge ausgeführt wurde, hält Q. dennoch für viele Fälle perniciöser Anaemie fest. Bemerkenswerth ist noch ein Fall, in welchem eine evidente Besserung durch Gebirgsaufenthalt erzielt wurde. Die angeführten Fälle sind aetiologisch und pathogenetisch unter sich sehr verschieden. Q. hält daher das Bestreben, die perniciöse Anaemie, die im Wesentlichen ein klinischer Begriff sei, in primäre und secundäre Formen zu scheiden, für berechtigt, glaubt aber zu den letzteren auch diejenigen Fälle rechnen zu müssen, in welchen die Krankheit mit nachweisbaren schweren anatomischen Laesionen, nach Carcinoma oder Cirrhosis ventriculi auftritt. Diejenigen Fälle aber, die durch Störung der Blutbildung resp. Rückbildung bedingt sind, seien als primäre Formen 1. und 2. Ordnung aufzufassen. (Fortsetzung noch nicht ganz erschienen.)

Stintzing (München).

---

2. **Ribbert, Eine mikroparasitäre Invasion der ganzen Gehirnrinde.** (Virchow's Archiv Bd. LXXX. S. 505.)

Bei der Section der Leiche eines 64jährigen Mannes fand sich auf der Oberfläche der beiden Grosshirnhemisphären eine eigenthümliche Zeichnung. „Weisse Fleckchen bis zu der Grösse eines Stecknadelkopfes und unregelmässig gewundene Figuren und Linien gaben der Gehirnoberfläche ein gesprenkeltes Aussehen.“ Den Flecken entsprechend durchziehen weisse Streifen die ganze graue Substanz.

Central in den weissen Flecken steht je ein schwarzer Punkt, und in den weissen Streifen verlaufen graue Linien, welche Blutgefässe darstellen. Diese Gefässe stecken voll Mikroorganismen, kurze Stäbchen, die ohne Kettenbildung neben einander liegen, sich nur innerhalb der Gefässe finden. An den weissen Stellen beginnender molecularer Zerfall. Ausserdem apoplectische Cysten an verschiedenen Stellen.

Der Mann hatte etwa 8 Tage vor dem Tode einen apoplectischen Anfall gehabt, nach welchem Seh- und Gehörstörungen, Delirien bestehen blieben. „Die Invasion selbst ist ätiologisch unklar“. Dass es sich aber nicht um eine Verwesungserscheinung handelt, geht daraus hervor, dass die Bacterien nur innerhalb der Gefässe zu finden waren.

Finkler.

---

3. **Dr. August Eichholt,** II. Arzt der Provinzial-Irrenanstalt zu Merzig, **Beitrag zur „centralen Sklerose“ (Sclérose periépendymaire).** (Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Bd. X. Heft 3.)

E. beschreibt die Krankheit einer 42 J. alten Frau, die mit der klinischen Diagnose „Sclérosis diffusa cerebri unter dem Bilde der dementia paralytica“ schliesslich an Pneumonie zu Grunde ging. Die Sektion ergab: Hyperostose des Schädels, Atrophie des Gehirns und der Sehnerven, Wucherung des Ependyms und Erweiterung der Ventrikel (hydrocephalus internus), myelitis und hydromyelus. Das Ependym erscheint makroskopisch verdickt, es überzieht die Oberfläche der Ventrikel als ein fester Filz von mehreren Millimetern Dicke und ist an seiner freien Fläche mit zahlreichen Erhebungen — Granulationen — besäet. Das Ependym des Centralkanals ist an der Oberfläche glatter, weil das Epithel erhalten ist. Es handelt sich um eine Hypertrophie des Ependyms oder der gelatinösen Substanz. Rechtsseitige Pleuropneumonie, Insufficienz der Mitralis, braune Atrophie der Herzmuskulatur, Pigmentatrophie der Leber, Schrumpfniere. Der Verlauf der sklerosirenden Encephalitis war ein ziemlich rapider; mit Rücksicht auf die rasch eintretende Hirnatrophie und den begleitenden Hydrocephalus. Andererseits scheint dem Verf. die lange Lebensdauer nach Eintritt der Hirnatrophie — circa 1 1/2 Jahr — bemerkenswerth. Hervorstechend war eine hochgradige dementia, interkurrirende Aufregungszustände mit blindem triebartigem Charakter, gröbere Störungen in Form von Ataxie und Coordinationsanomalien im gesammten motorischen Gebiete, denen Glaukombildung, Atrophie der Sehnerven und der Muskulatur folgten; sodann häufige Anfälle von Convulsionen zum Theil epileptiformen Charakters von schwerer Form mit allgemeinen klonisch-tonischen Krämpfen bei Aufhebung des Bewusstseins. Die klonischen Zuckungen traten einmal gekreuzt auf. E. giebt dann eine ausführliche Darstellung des mikroskopischen Befundes in Hirn und Rückenmark mit eingehenden Erörterungen über das Zustandekommen und die Entstehungsweise der vorgefundenen pathologischen Veränderungen.

Oebeke (Endenich).

---

4. **Dr. C. Moeli** in **Berlin, Ein Fall von amyotrophischer Lateralsklerose.** (Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Bd. X. Heft 3.)

Ein 55jähriger Kaufmann, stets gesund, nie luetisch, bemerkte Unsicherheit beim raschen Gehen, die fortschreitend zunahm. Eine Badekur in Rehme und 30 Lohbäder im folgenden Jahr blieben ohne Erfolg. Es trat Schwäche der obern Extremitäten, zuerst und vorwiegend der rechten, in geringerm Grade der linken hinzu. Sprechen,



Kauen, Schlingen, Stuhl- und Urinentleerung unbehindert. Die Muskeln des Nackens, der Schultern und rechts von der Wirbelsäule erheblich abgemagert, die der Beine weniger. Hautreflexe an den untern Extremitäten mässig, Sensibilität dort, ebenso wie Fuss- und Kniephänomen ungeändert. Keine Contrakturen. Die elektrische Erregbarkeit der kranken Muskeln zum Theil stark herabgesetzt, aber wohl nur proportional der Abnahme des Volums derselben. Keine qualitative Aenderung der Reaktion. Die Obduktion ergab Atrophie der Ganglienzellen und Nervenfasern in den Vorderhörnern des Rückenmarks bis ins Lendenmark, starke symmetrische Degeneration der Pyramidenseitenstrangbahnen, schwächere der Seitenstrangreste, mässige Veränderung der medialen Theile der Burdach'schen Stränge im untern Hals- und obern Brustmark, theilweise Atrophie in den vordern Wurzeln des Hals- und Brustmarks und in den Nerven des plexus brachialis; von der medulla oblongata centralwärts die Theile normal. Weit verbreitete Atrophie in den Muskeln des Schultergürtels, des Rückens und der Oberarme. Oebeke (Endenich).

---

5. **Weiss, Ueber Tabes dorsalis.** (Wiener Klinik. Juni 1880. Heft 6. pag. 168—198.)

Stellt einen Vortrag über die Hinterstrangsklerose oder graue Degeneration der Hinterstränge, Ataxie locomotrice progressive (Duchenne) dar.

Für den Arzt und Therapeuten muss es von besonderem Interesse sein, diejenigen Symptome genau zu kennen, welche als Initial-Erscheinungen statuirt werden können. Deshalb wird Gewicht auf deren Besprechung gelegt.

Eine der häufigsten Erscheinungen, welche den Beginn der Erkrankung markiren, ist das Auftreten von eigenthümlichen schmerzhaften Sensationen in den Extremitäten, welche unter dem Namen der blitzähnlichen, lancinirenden oder neuralgiformen Schmerzen bekannt sind. Dieselben treten oft periodisch auf, befallen vorwiegend Füsse, Unter- und Oberschenkel und können Jahre lang das einzige Symptom der Erkrankung bleiben. Dieselben sind aber ein so constantes Zeichen, dass man sie fast pathognomonisch nennen kann. Die anatomische Begründung finden diese Schmerzen in Erkrankung des von Charcot und Pierret als Bandelettes externes bezeichneten Theils der Hinterstränge.

Dieselben liegen in den sog. äusseren (Burdach'schen) Keilsträngen der Hinterstränge und werden von sensitiven Nerven durchsetzt. Den Beweis dafür liefert ausser jenen Forschern Debove durch genauere Untersuchung eines Falles. Zweite Gruppe von Erscheinungen bilden eigenthümliche Sensationen, Kriebeln, Gefühl von Pelzigsein, Abgestorbensein etc., Gürtelgefühl, Schmerzen in der Wirbelsäule, bald diffus, bald Druckschmerz eines Wirbels. Gewöhnlich sind solchen Erscheinungen schon die zuerst besprochenen Schmerzen vorausgegangen.

Nicht gar selten eröffnen die Symptomenreihe Störungen von Seiten der Hirnnerven. Doppeltsehen durch Parese oder Paralyse des Abducens, Oculomotorius (partiell oder total) oder Trochlearis. Erkrankungen des Opticus verrathen sich durch Abnahme der Sehkraft, Umnebelung der Bilder, schliesslich Erblindung, und bestehen in einer



grauen Degeneration, chronischen Entzündung des Opticus mit Ausgang in Atrophie.

Die Erkrankung der Augenmuskelnerven verlegt W. in Veränderungen, welche dieselbe in ihrem Verlaufe durch basale Meningitiden erfahren.

In einzelnen Fällen besteht Verengerung der Pupillen in der Regel beiderseits. Myosis spinalis oder paralytica, entstanden durch Lähmung des Dilatator pupillae und dadurch bedingte tonische Contractur des Sphincter. Bei dieser Myosis paralytica tritt durch Atropin wohl eine Erweiterung, aber nie ad maximum ein; die Pupille reagirt absolut nicht auf Lichtreiz, wohl aber auf accommodative Impulse. Dieses letzte Verhalten kann bei tabes beobachtet werden, auch wenn die Pupille ihre normale Weite besitzt. Der Grund für die Lähmung des Dilatator pupillae wird verlegt in Läsion der Hinterstränge in derjenigen Partie des Dorsalmarks (1. und 2. Brustwirbel), die als regio cilio-spinalis bezeichnet wird.

Als eine der initialsten Erscheinungen wird von Westphal das Fehlen des Kniephänomens bezeichnet. Weiss dagegen will aus theoretischen Betrachtungen und klinischer Erfahrung annehmen, dass als Regel das Vorhandensein resp. die Steigerung dieser Reflexerscheinung bei beginnender tabes bestehe.

Das hervortretende Symptom der Ataxie hält W. abhängig von der Leitungsstörung der centrifugalen Bahnen, welche vom Kleinhirn aus durch die Hinterstränge verlaufend die Coordination der Bewegungen besorgen, gegen Leyden (Störung der Sensibilität) und Takacz (Verlangsamung der Empfindungsleitung).

Die manchmal auftretenden Störungen der Blasenfunction rühren daher, dass die Pat. nicht im Stande sind, den Harn vollständig zu entleeren (Parese des Detrusor vesicae) oder dass sie ihn nicht zurückhalten können (Parese des Sphincter).

Anderweitige Symptome sind: Verlangsamung der Empfindungsleitung (2—5 Secd. zwischen Reiz und Bewusstwerden desselben). Hierzu kann sich Störung des Localisirungsvermögens gesellen. Die Verlangsamung der Empfindungsleitung lässt sich auch für Perception von Temperatur und Druckempfindung statuiren.

Die Crises gastriques (höchstes Unwohlsein, Schwindel, Erbrechen, Herzklopfen) werden von Charcot bezogen auf Reizung sympatischer Fasern, die aus dem Halstheil des Rückenmarkes ihren Ursprung nehmen.

Als trophische Störungen treten auf mit den blitzähnlichen Schmerzen papulöse, urticariaartige, pustulöse Exantheme, Ekthymapusteln mit tiefen Ulcerationen, in den Gelenken Ergüsse (Arthropathie des ataxiques) gutartig vorübergehend, oder zu dauernden Veränderungen führend.

In Bezug auf Ausgang der Erkrankung wird konstatirt, dass Stillstand und Besserung sicher beobachtet sind und deshalb die Möglichkeit der Heilung zugestanden werden muss.

Als aetiologische Momente werden Erkältung und Syphilis betont, von zweifelhaftem Einflusse sind Excesse in venere.

Die anatomische Grundlage des Leidens ist chronische Entzün-



dung der Hinterstränge, welche in der Regel den Ausgang in fibrillären Zerfall des Zellnetzes und in Substitution der Gewebselemente dieses Antheils des Rückenmarks durch einen dichten Filz feinster Fibrillen nimmt. Nirgends fettige Degeneration; aber Verdickung der Adventitia.

Bei der Besprechung der Differenzialdiagnose wird herangezogen Sclerose en plaques disseminées.

Bei dieser multiplen Sclerose treten in der Regel gleichzeitig Erscheinungen auf, welche nur auf eine Affection anderer Antheile des Rückenmarks, des Mittel- oder Grosshirns bezogen werden können, also: Verbreitung der Erkrankung über die Hinterstrangbahnen hinaus. Drehschwindel, Nystagmus, skandirende Sprache, Intentionszittern werden bei Tabes kaum jemals beobachtet.

Mit acuter Ataxie bezeichnet man eine Erkrankung, bei welcher alle für die tabes dorsalis charakteristische Erscheinungen im Verlauf von mehreren Tagen oder wenigen Wochen sich entwickeln; nur nach acuten Erkrankungen, Diphtheritis, beobachtet, bietet sie von Tag zu Tag Aenderungen im Symptomenbilde, die blitzartigen Schmerzen gingen nicht voraus, Myosis paralytica kommt bei ihr nicht vor; dagegen sind möglicherweise Gaumensegelparese oder Schlinglähmung vorausgegangen.

Für progressive Paralyse sprechen Wahnideen, Lähmungen in den respiratorischen Facialisästen, tremor der Zunge, Silbenstolpern.

Aus den Besprechungen der Therapie ist hervorzuheben: „Nach vielfachen Erfahrungen soll namentlich in den Anfangsstadien der Erkrankung eine vorsichtig angewendete Kaltwasserkur von bedeutendem Erfolg sein. Dabei ist jedoch zu bemerken, dass alle niedern Temperaturen — unter 15° R. — zu vermeiden und nur kalte Abreibungen und Halbbäder (24—16° R.) anzurathen sind.“ Contraindicirt seien warme Bäder und Thermen.

Galvanische Behandlung bestehe in: mittelstarkem Strom, Kathode am Gangl. sup. der einen Seite, Anode auf der andern Seite der Wirbelsäule allmählich nach abwärts gerückt. Dann wird dieselbe Procedur auf der anderen Seite vorgenommen und schliesslich ein abwärts gerichteter Strom durchs Rückenmark gelassen. Dauer der Sitzung 3 bis 5 Minuten, täglich nur eine solche. Gegen die blitzähnlichen Schmerzen habe sich Natr. salicyl. (4,0—5,0 im Verlauf einer Stunde z. n.) bewährt, in manchen Fällen Bromkali (3,0—8,0).

Die Symptome von Seiten der Blase lassen sich im Anfangsstadium durch Faradisation derselben bekämpfen. Finkler.

---

6. **Dr. A. Fraenkel, Ueber Pleurometrie.** (Zeitschr. für kl. Medic. I. 3. p. 634.)

Während normaler Weise der Druck im Thoraxraume —7 bis —9 Mm. (Donders) beträgt, wird er positiv und kann eine ziemliche Höhe erreichen bei Exsudaten zwischen den Pleurablättern. In 19 Fällen hat Leyden manometrische Messungen gemacht. Die höchsten Druckwerthe waren dabei +24 und +28 Mm. Quecksilber; die niedrigsten +1 und ±0. „Niemals wurde ein negativer Anfangswerth constatirt, doch sank die Spannung nach Abfluss einer genügenden Flüssigkeitsmenge mit einer einzigen Ausnahme unter 0. Excessiv



niedrige Endwerthe von —24 resp. —28 Mm. ergaben sich bei älteren Exsudaten, bei welchen die Lunge nicht mehr ordentlich ausdehnungsfähig war.

F. gibt die Resultate von Beobachtungen, die bei 17 Punktionen gemacht sind. Die Druckwerthe halten sich innerhalb derselben Grenzen wie die früher mitgetheilten. Ein bestimmtes Verhältniss zwischen Gesammtdruckabnahme und abgelassenen Flüssigkeitsmengen besteht keineswegs. Es kann bei grossen Ergüssen die während der Punktion beobachtete Druckabnahme sogar eine geringere sein als bei kleineren, wenn nur die Weichtheile, vorab die Lunge der nachdringenden Luft keinen zu grossen Widerstand entgegensetzen. Trotzdem sollte man bei der Entleerung vorsichtig sein. F. pflegte nicht mehr als 1500—1700 Ccm. auf einmal zu entziehen. Messungen an einem Federmanometer sind von Homolle und Potain gemacht.

Die Bedeutung der Pleurometrie liegt in folgenden Punkten:

1. „Die Anfangsspannung ist ceteris paribus um so geringer, je mehr die Lunge zusammengesunken ist, je weniger durch Texturveränderungen (Infiltration etc.) ihr Volumen verändert ist.“ Die Spannung der Wandungen des Pleuraraumes beeinflusst stark den Druck des Exsudats und ist ihrerseits abhängig von der Geschwindigkeit der Ansammlung, dem Kräftezustand des Individuums, Verdickung der Pleura durch Schwarten, und Biegsamkeit des knöchernen Gerüstes. Dazu kommt denn freilich ein gewisser Einfluss der Flüssigkeitsmenge.

2. „Die Endspannung und die Totalabnahme des Drucks hängt in erster Linie von dem Quantum der entzogenen Flüssigkeit, sodann von dem Zustande der Lunge und der Pleura ab.“ Ein mässiger Enddruck bei reichlicher Flüssigkeitsentleerung ist als ein prognostisch günstiges Zeichen anzusehen.

Für 3. die Geschwindigkeit der Spannungsabnahme während der Punktion ist von vorwiegendem Interesse: Plötzliche Abnahme zeigt meist den Punkt an, bei welchem es zweckmässig ist, nicht weiter ausfliessen zu lassen, weil das rasche Sinken des Drucks verschuldet ist durch die Unmöglichkeit der Ausdehnung der Lunge infolge von Verwachsung oder Parenchymveränderung.

4. Die respiratorischen Druckschwankungen fehlen bei hohem Drucke oft, sind abhängig von der Athmungsweise des Individuums. Sie bieten das diagnostische Interesse, dass bei Exsudaten, welche unterhalb des Zwerchfells liegen, jede Inspiration eine Steigerung, die Exspiration eine Verminderung des Drucks hervorbringt, während die pleuritischen Ergüsse die Schwankungen umgekehrt herstellen.

Finkler.

---

7. **Prof. Dr. N. Friedreich, Ueber die respiratorischen Aenderungen des Percussionsschalles am Thorax unter normalen und pathologischen Verhältnissen.** (Deutsch. Arch. f. klin. Med. B. XXVI, Heft 1 und 2, p. 24—82.)

Während Hoppe und Seitz jeglichen Einfluss der Respiration auf den Percussionsschall in Abrede gestellt haben, halten Wintrich und Gerhardt die Höhenbestimmung auch des nichttympanitischen Schalles in gewissen Grenzen für zulässig. In neuester Zeit haben



Da Costa und Rosenbach die respiratorischen Aenderungen des Percussionsschalles, für die F. die Bezeichnung „respiratorischer Schallwechsel" vorschlägt, wie F. selbst bereits früher, bestimmt erkannt und genauer studirt. — F. bespricht zunächst die verschiedenen Theorien über die Entstehung des tympanitischen und nichttympanitischen Schalles, welche bald die in der Lunge oder in den Bronchien enthaltene Luft, bald das feste Lungengewebe mehr weniger als die ausschliessliche Tonquelle ansprechen. Bei der Percussion werden aber alle die Lunge zusammensetzenden Bestandtheile in Schwingung versetzt, und die Verschiedenheiten des Schalles haben ihren Grund in einem bald höheren, bald geringeren Grade von Schwingungsfähigkeit dieser Theile, ohne dass man sagen könnte, die Luft oder das Parenchym bilde für sich den tonerzeugenden Factor. Auch die Ansicht mancher Autoren (Williams, Mazonn, Hoppe), dass die Brustwand das tongebende Medium sei, ist unrichtig, wie daraus hervorgeht, dass ein auf derselben angebrachter Dämpfer den Schall nicht ändert. Die Thoraxwand besitzt nur insoweit einen Einfluss, als sie je nach ihrer Biegsamkeit, Elasticität, Dicke und Wölbung, die durch die Percussion ihr ertheilten Bewegungen einem grösseren oder kleineren Flächen- und Tiefenumfang der Lunge mittheilt. Diese Fähigkeit ist dann am vollkommensten, wenn die Brustwand sich in ihrer elastischen Gleichgewichtslage (am Ende einer ruhigen Exspiration) befindet. Was die Lunge selbst, als das eigentlich schallgebende Medium anlangt, so kommen hier in Betracht die Spannungszustände des Lungenparenchyms, der Luftgehalt der Alveolen, und die Grösse der in Schwingung versetzten Lungenmasse. Steigerung der Gewebsspannung hat erhöhenden, Vermehrung der Luftmenge vertiefenden Einfluss auf den Schall. Da erstere nicht ohne letztere gedacht werden kann, so hängt die Qualität des Schalles davon ab, welcher von beiden Einflüssen dominirt. In Bezug auf die Grösse der schwingenden Lungenmasse ist festzuhalten, dass selbst bei kräftigster Percussion nie die ganze Lunge in Schwingung versetzt werden kann, weil sie als ein aus sehr differenten Medien zusammengesetzter Körper schlecht leitet. Anders beim Pneumothorax, wo der gesammte einfache Luftraum in tönende Schwingungen versetzt wird und dadurch einen lauten tiefen Schall erzeugt. Je grösser die schwingende Masse, je stärker also der Percussionsschlag ist, desto tiefer, lauter und länger ist der Schall, die Erschütterungswelle verbreitet sich besser in die Tiefe (ca. 5 cm) als in transversaler Richtung (ca. 2 cm).

F. geht nun über zur Darstellung des respiratorischen Schallwechsels unter normalen Verhältnissen. Dass während ruhiger Athembewegungen keine Schalländerungen wahrgenommen werden, kommt wahrscheinlich daher, dass die schallvertiefende und -verstärkende Wirkung des gesteigerten Luftgehaltes durch die Spannungszunahme des Lungengewebes und der Brustwand aufgehoben wird. Bei tiefer Inspiration dagegen nimmt der Schall an Tiefe, Intensität und Dauer am grössten Theil der vorderen, seitlichen und hinteren Thoraxfläche ab — „regressiver inspiratorischer Schallwechsel". Dieses Phaenomen erklärt sich daraus, dass die inspiratorische Spannungszunahme der Thoraxwand und des Lungengewebes, verbunden mit stärkerer

Wölbung und geringerer Impressionsfähigkeit der Thoraxwand, das Anwachsen der Luftmenge hypercompensiren. Den Einfluss einer durch Muskelcontraktion bewirkten Dickenzunahme der Thoraxwand (Rosenbach) stellt F. in Abrede und glaubt im Gegensatz zu diesem Autor, dass bei der Inspiration wegen der geringeren Impressionsfähigkeit der Thoraxwand eine weniger tiefe Luftsäule erschüttert wird als bei der exspiratorischen Stellung. Mitunter erlangt der Schall in der Endphase einer möglichst angestrengten Inspiration wieder einen kleinen Zuwachs an Tiefe und Intensität. Für dieses als „doppelten inspiratorischen Schallwechsel" bezeichnete Phaenomen weiss F. keine befriedigende Erklärung zu geben.

Innerhalb der Regionen der relativen Leber- und Herzdämpfung findet dagegen bei der Percussion ein „progressiver inspiratorischer Schallwechsel" statt. Hier sind es die Volumsvergrösserung der schallenden Masse und der Zuwachs an Luft, welche die entgegengesetzt wirkende Spannungszunahme während der Inspiration übercompensiren und dadurch die Tiefe und Intensität des Schalles steigern. Wohl zu unterscheiden ist hievon die inspiratorische Schalländerung an den Lungenrändern, bei welchen der absolut gedämpfte Schall durch Vorrücken der Randpartien der Lungen in die Complementärräume heller und intensiver wird. — Zwischen den Gebieten des regressiven und des progressiven inspiratorischen Schallwechsels liegt eine „neutrale Zone", innerhalb welcher die beide Arten des Schallwechsels bestimmenden Factoren sich compensiren. Der höchste Punkt der Leber liegt in der oberen Grenze dieser Zone und um die Breite derselben höher als die obere Grenze der relativen Leberdämpfung.

Bei der Exspiration entsteht kein progressiver, wohl aber ein „regressiver exspiratorischer Schallwechsel" im Gebiet der neutralen Zone und der relativen Leber- und Herzdämpfung, indem bei completer Exspiration die relative Dämpfung in das Bereich der neutralen Zone rückt, und dadurch die schwingende Lungenschichte zwischen der Thoraxwand und dem Organ kleiner wird.

F. wendet sich nun zur Schilderung des respiratorischen Schallwechsels unter verschiedenen pathologischen Zuständen der Athmungsorgane. Für das substantielle vesiculäre Lungenemphysem gilt, dass je hochgradiger das Leiden entwickelt ist, desto undeutlicher die inspiratorische Schalländerung wird, ja völlig verschwinden kann. Dieses Verhalten lässt sich diagnostisch verwerthen zur Beurtheilung des Grades der Erkrankung. Dass bei Emphysem trotz des höheren Spannungsgrades der Thoraxwand der Schall doch intensiver und tiefer ist, dürfte sich daraus erklären, dass die Lunge bei absoluter Vermehrung des Luftgehaltes eine absolute Verminderung (Schwund) des Parenchyms darbietet. Die Ursache des Verschwindens der respiratorischen Schalländerung scheint darin zu liegen, dass der permanent stark erweiterte Thorax weitere inspiratorische Excursionen nur in sehr beschränktem Grade mehr ausführen kann. Bei asthmatischen Anfällen, die nicht auf vesiculärem Emphysem beruhen, sind dagegen die Schalländerungen in gleicher oder noch deutlicherer Weise wahrzunehmen wie in der Norm.

Percutirt man bei croupöser Pneumonie einer hinteren Lun-



genpartie vergleichend die beiden vorderen oberen Thoraxpartien, so ist während der Hepatisation der Schall auf der kranken Seite tiefer und intensiver als auf der gesunden. Dies erklärt sich aus dem durch vicariirende Athmung gesteigerten Luftgehalt. Der regressive inspiratorische Schallwechsel ist hier besonders deutlich, tritt dagegen an den gedämpften Stellen erst im Stadium der Lösung, jedoch hier zuweilen auch progressiv auf. Bei Pneumonien des oberen Lappens erhält man häufig den sogenannten Williams'schen Trachealschall mit Wintrich'schem Schallwechsel und Höhenzunahme bei tiefer Inspiration (in Folge von Erweiterung der Stimmritze).

Bei pleuritischen Exsudaten findet sich meist an den Stellen des Scoda'schen Schalles der doppelte inspiratorische Schallwechsel. Der Schall wird erst lauter und tiefer (progressiv), dann höher und kürzer (regressiv). Der Terminalschall ist aber immer höher und kürzer als der Scoda'sche Anfangsschall. Bei bis in die Spitze reichenden Exsudaten ergibt die Percussion oft einen hellen und tympanitischen Schall, der als Williams'scher Trachealton aufzufassen ist. Auch ihm ist wie bei den Infiltrationen (s. oben) der Wintrich'sche Schallwechsel und eine inspiratorische Höhenzunahme eigen. In den absolut gedämpften Bezirken fehlt jeglicher respiratorische Schallwechsel. An den Exsudatgrenzen findet, so lange das Zwerchfell noch inspiratorisch thätig ist, ein progressiver inspiratorischer Schallwechsel statt. Dieser ist aber auch bei Lähmung oder Vorstülpung des Zwerchfells in die Bauchhöhle noch denkbar, so lange die inspiratorische Erweiterung der kranken Seite noch durch die Intercostalmuskeln geschieht, und somit die Flüssigkeit noch tiefer sinken kann. Aber auch der gegentheilige Schallwechsel kommt vor, wenn das in die Bauchhöhle convex hineinragende Zwerchfell bei der Inspiration exspiratorisch wirkt und die Flüssigkeitssäule emporhebt. Aehnlich wird, wenn bei noch kräftiger Inspiration die noch vorhandenen Reste athmungsfähigen Lungengewebes nicht ausreichen, um das vergrösserte Cavum auszufüllen, das Zwerchfell und mit ihm das Exsudat in die Höhe gesaugt. Das Fehlen jeder respiratorischen Mobilität der oberen Exsudatgrenze deutet auf Lähmung des Zwerchfells und der Intercostalmuskeln, ausser wenn das Zwerchfell in die Bauchhöhle vorgewölbt ist, in welchem Fall auch bei ungelähmter Inspiration keine Verschiebung möglich ist. Den Adhaesionen wird nach F.'s Meinung meist ein zu grosser Einfluss auf die Behinderung der Verschiebbarkeit des Exsudates beigemessen. Ist es zu marginalen Verwachsungen der Lunge oder zur Obliteration der Complementärräume gekommen, so kommt kein progressiver inspiratorischer Schallwechsel durch Verschiebung der Lungenränder mehr zu Stande. Eine Obliteration der Pleurasinus kann man dann erschliessen, wenn der regressive exspiratorische Schallwechsel, der durch Verwachsungen aufgehoben sein würde, vorhanden ist, während der progress. inspirat. Schallwechsel fehlt. Das Ausbleiben einer inspiratorischen Verkleinerung der Herzdämpfung deutet auf eine Fixation des Lungenrandes oder Verwachsung des sinus mediastino-costalis.

Bei Pneumothorax kommt nur ein regress. inspirat. Schallwechsel vor, der durch die Spannungsdifferenzen der Thoraxwand zu erklären ist.



Tiefliegende Lungencavernen geben den Wintrich'schen und weniger constant den durch Erweiterung der Stimmritze bedingten Schallwechsel. Grosse oberflächliche Cavernen, die ergiebige respiratorische Excursionen des Thorax gestatten, produciren den regress. inspirat. Schallwechsel.

Auch bei multiplen partiellen Verdichtungen der Lunge findet sich der regress. inspirat. Schallwechsel, aber um so undeutlicher, je grösser und zahlreicher die Verdichtungsheerde sind. Stintzing (München).

---

8. **C. A. Ewald, Weitere Beiträge zur Lehre von der Verdauung.** (Zeitschr. f. kl. Med. 1. Bd. 3. H. S. 615.)

a) Das Engesser'sche Pankreaspulver.

Engesser hat die Ansicht ausgesprochen, dass das von ihm hergestellte Pankreaspräparat, welches tryptische und diastatische Wirkung besitze, durch die Magenverdauung nicht alterirt werde, da es nicht das eigentlich eiweissverdauende Ferment des Pankreas, das Trypsin, sondern die von Heidenhain entdeckte Vorstufe desselben, das Zymogen, enthalte. Letzteres werde durch die Magenverdauung nicht in seiner Wirksamkeit beeinträchtigt, „indem sich wohl erst im weiteren Verlaufe der Verdauung die wirksamen Fermente daraus abspalten". Ewald weist nun darauf hin, dass nach Heidenhain's Angaben und nach seinen eigenen Untersuchungen das Zymogen ohne jede verdauende Wirkung sei und zeigt dann, dass das Engesser'sche Pankreaspulver, welches ein Gemisch der specifischen Pankreasfermente mit Eiweisskörper und ihren Derivaten darstelle, seine reducirende Wirkung dem in ihm von vorne herein enthaltenen Trypsin verdanke. Dasselbe könne sich daher gegen die Pepsinverdauung nicht anders wie andere Pankreaspräparate verhalten und werde in der That dessen Wirksamkeit durch kräftiges Pepsin in saurer Lösung vernichtet. Merkwürdig sei es jedoch, dass das Engesser'sche Pankreaspulver auch in salzsäuerhaltiger Lösung, also schon im Magen bei saurer Reaktion, Eiweiss verdauen könne. Ob auf letzteren Umstand die günstige Wirkung des Präparats in den Engesser'schen Fällen zurückzuführen sei, müsse dahingestellt bleiben. Vom praktischen Standpunkte aus forderten die Engesser'schen Mittheilungen jedenfalls dazu auf, das Präparat weiter in Anwendung zu bringen. Er habe in zwei von drei Fällen nervöser Dyspepsie, in denen er es angewandt habe, Erfolg beobachtet. In Anbetracht dessen, dass die Mehrzahl der dyspeptischen Zustände bei Kindern auf eine Alteration der Darmverdauung zurückzuführen sei, empfehle sich die Anwendung des Engesser'schen Präparates, das sich auch durch seine Billigkeit auszeichne, besonders in der Kinderpraxis.

b) Ueber das angebliche Fehlen der freien Salzsäure im Magensaft.

Auf Grund eigener Untersuchungen sieht sich E. zu dem Ausspruch veranlasst, dass die von v. d. Velden in den Abhandlungen „Ueber Vorkommen und Mangel der freien Salzsäure im Magensaft bei Gastrectasie" und „Ueber die Wirksamkeit des Mundspeichels im Magensaft" angegebenen klinischen Thatsachen nicht zutreffend und die daraus gezogenen Schlüsse unerwiesen seien. Zunächst seien die von v. d.

Velden zur Auffindung freier Salzsäure benutzten Anilinfarbstoff-Reactionen durchaus unzuverlässig. Aber selbst unter Anerkennung der Anilinreaction liesse sich ein typisches Fehlen der Salzsäure bei Magenkrebs, möge derselbe mit oder ohne Dilatation einhergehen, nicht constatiren. Ebensowenig kann E. die Behauptung v. d. Velden's, dass sich im Magensaft gesunder Individuen erst nach längerer Zeit, etwa 2 Stunden nach Einnahme gemischter Mahlzeiten, freie Salzsäure vorfinde, bestätigen. Er konnte das constante Vorkommen von zwei scharf getrennten Perioden der Magenverdauung, in deren ersteren die (nicht einmal beweisfähige) Methylviolett-Reaction fehle, in deren zweiter sie vorhanden sei, nicht nachweisen.

Auch dem Ausspruche v. d. Velden's: „Das diastatische Speichelferment ist wirkungslos, wenn die Acidität des Magensaftes durch freie Salzsäure bedingt ist" kann E. nicht unbedingt zustimmen. Er kommt zu dem Resultat: „Die diastatische Wirkung des Speichels in saurem (salzsäurehaltigem?) Magensaft (Methylviolett-Reaction) ist also nicht aufgehoben, sondern nur vermindert." Ungar.

---

9. **Dr. J. Korach**, Aus der medic. Abth. des Kölner Bürgerhospitals, **Allgemeines Hautemphysem mit Ansammlung brennbarer Gase nach Perforation eines Ulcus ventriculi.** (Deutsche medic. Wochenschrift. 1880. Nr. 21. 22.)

Ein 36jähr. Commis litt häufig an cardialgischen Anfällen mit copiösem Erbrechen. Am 19. Febr. 80 starke Magenschmerzen, Dyspnoe, Blutbrechen. Nach 10 Stunden wird Pat. hochgradig collabirt ins Krankenhaus gebracht. Facies hippocratica, Radialpuls unfühlbar, Leib stark tympanitisch aufgetrieben, Leberdämpfung fehlt, Würgebewegungen; hierbei fühlt man in der Nabelgegend circa 4 Ctm. beiderseits von der Mittellinie deutliches Emphysemknistern. Während der Untersuchung tritt der Tod ein. Schon $1/2$ Stunde danach ist die Leiche durch Hautauftreibung unkenntlich. Gesicht, Hals, Claviculargegend, Bauchhaut überall luftkissenartig aufgetrieben, knisternd.

Die Section ergiebt noch weitere Ausbreitung des Hautemphysems über den ganzen Rumpf, Scrotum, das durch Einstiche ausströmende Gas verpufft mit bläulicher Flamme; bei Eröffnung der Bauchhöhle strömt Gas zischend hervor, und brennt ebenso; in der Bauchhöhle 3 Liter schmutzig braune, stark nach Buttersäure riechende Flüssigkeit, darin Kartoffel und Brodstücke. Das Peritoneum des collabirten Dünndarmes zeigt sich mehrfach von schwärzlichen, zunderähnlichen, flottirenden Massen bedeckt, die deutlich aus „Andauung" des Perit. viscerale entstanden sind. Dieselben Massen am Periton. parietale in der Nähe des Nabels; an anderen Stellen ist dasselbe zu grossen Blasen emporgehoben. Appendices epiploic. mit Luft aufgeblasen. Der collabirte Magen ist stark ectasirt, Pylorus narbig verengt. An der kleinen Curvatur 3 Ctm. nach rechts von der Cardia ist die Peritonealfläche in der Ausdehnung einer Handfläche schwarz verfärbt, in der Mitte derselben ein thalergrosses, kreisrundes Loch mit glatten Rändern, über dieselbe spannen sich noch schwarze zunderartige Stränge, Reste des macerirten Peritoneum. Weder im vordern, noch hintern Mediatinum, weder subpleural, noch am Zwerch-



fell ist Emphysem zu constatiren. Die anatomische Diagnose lautete: Ulcera chronica ventriculi, narbige Strictur des Pylorus, dilatatio ventriculi, Perforation eines an der kleinen Curvatur gelegenen Magengeschwürs in die Peritonealhöhle. Maceration durch Andauung des Peritoneum parietale und viscerale. Allgemeines Hautemphysem und Emphysem des subperitonealen, mesenterialen, sowie des retrobulbären Zellgewebes. Entzündbarkeit der ergossenen Gase. R.

---

10. **Dr. E. Poensgen, Fall von subcutanem Emphysem nach Continuitätstrennung des Magens.** (Deutsch. Arch. für klin. Medicin, Bd. XXVI. Heft 1 u. 2. p. 171—179.)

Bei einem Pat. bestanden seit 3 Jahren Magenschmerzen mit häufigem, nicht blutigem Erbrechen. Die Diagnose war auf Dilatatio ventriculi gestellt, und als deren Ursache mit Wahrscheinlichkeit Ulcus rotundum angenommen worden. Patient wird auf Wunsch entlassen. Nach 5 Monaten, während welcher keine Beobachtung stattfand, verschied der Kranke, als die Krankenträger ihn ins Spital brachten. Am letzten Abend nahm er noch reichlich frisches Brod und Käse zu sich und verbrachte die Nacht unter äusserst intensiven Schmerzen. Die Autopsie ergab: Starkès Emphysem an Bauch, Brust, Hals und Gesicht, an beiden oberen und der linken unteren Extremität, am stärksten am Scrotum. Leib trommelartig aufgetrieben. Beim Anstechen der emphysematösen Hautstellen entweicht brennbares Gas, auch noch die folgenden Tage. In der Bauchhöhle sehr viel freies Gas und 4 Liter braune bröckligе Flüssigkeit (Mageninhalt) sowie subperitoneales Emphysem. In das vordere Mediastinum lässt sich der Finger durch das Zwerchfell am Schwertfortsatz einführen. Beim Anstechen eines Intercostalraumes entleert sich ein starker Strom brennbaren Gases. Vorderes Mediastinum stark emphysematös, das hintere etwas weniger. Geringe röthliche serösfibrinöse Flüssigkeit im Pleuraraum. An der Cardia vor der kleinen Curvatur eine scharf geränderte Oeffnung von 23 mm Durchmesser. Der Pylorustheil zeigt eine deutliche Verdickung und Einziehung; dem entsprechend findet sich eine stenosirte Stelle des Duodenum. Im Magen an der Cardia auf der vorderen Wand, der Perforationsstelle entsprechend, ein Ulcus (4 : $2^3/_4$ cm); der Schleimhautdefect ist am grössten, der der Serosa am kleinsten; die Magenwand zeigt überall hohen Grad von Etat mamelonné. Die Strictur liegt im Duodenum selbst, dicht unter derselben ein quergerichtetes Ulcus ($1^1/_2$ : 2 cm), dessen Grund an die Flexura hepatica coli angeheftet ist. Die Oeffnung wird durch einen grossen Schleimhautwulst des Duodenums grösstentheils überlagert. Milz 15,5 : 10 : 3. Das Bindegewebe vor den Nieren oedematös und verfärbt.

Stintzing (München).

---

11. **Ribbert, Ueber senile Osteomalacie und Knochenresorption im Allgemeinen.** (Virchow's Archiv. Bd. LXXX. S. 436.)

Am Niederrhein ist eine Alterserkrankung des Knochenmarks, besonders des Sternum so häufig, dass man sie kaum an einer Leiche eines über 50 Jahre alten Menschen vermisst. Dabei zeigt der Knochen alle charak-



teristischen Veränderungen der echten Osteomalacie, nur in wenig ausgedehnter Weise. Die Knochenbälkchen tragen oft in ganzer Ausdehnung, zuweilen nur stellenweise, den osteoiden Saum, dessen Breite nicht selten an den bei echter Osteomalacie beobachteten heranreicht. Das Mark ist entweder hochgradiges Fettmark, in dessen Interstitien rothe Blutkörperchen, deren Zerfallsformen und viel Pigment liegt, oder es zeigt die für die Anfangsstadien der Osteomalacie bekannten Veränderungen: Schwinden der Fettzellen, dementsprechend reichliche Ansammlung von jungen Markzellen, und Pigment. Verf. entwickelt die Gründe, die ihn bestimmen müssen, die erwähnte osteoide Zone als durch Entkalkung des Knochens entstanden aufzufassen. Weiterhin tritt er dafür ein, dass auch alle unter sonstigen Verhältnissen vor sich gehende Knochenresorption so stattfindet, dass zuerst, wenn auch in relativ schmaler Zone eine Auflösung der Kalksalze stattfindet und erst nachträglich auch die Grundsubstanz der Zerstörung anheimfällt. So bei Caries und sonstigen entzündlichen Processen, bei Syphilis, bei Verdrängung des Knochens durch Tumoren.

Das Charakteristische der Knochenresorption bei der Osteomalacie liegt also nur in der bedeutenden Breite des osteoiden Saumes.

Finkler.

---

12. **Dr. Paul Guttmann, Ueber die Zuckerausscheidung in einem Falle von Diabetes mellitus unter dem Gebrauch von Ammoniaksalzen.** (Zeitschr. für klin. Med. I. 3. p. 610.)

In einer früheren Arbeit hat Adamkiewicz hervorgehoben, dass die Darreichung von Chlorammonium (10,0 pro die) die Zuckerausscheidung merklich herabsetze.

Guttmann machte eine Versuchsreihe an einem Diabetiker, wobei er die Beobachtung A.'s nicht bestätigen konnte. Während einer 29-tägigen Versuchszeit nahm Pat. in 2, jedesmal 5 Tage dauernden Perioden Ammonium chloratum, und zwar 10,0 pro die.

„In der ersten 5tägigen Versuchsreihe war die Zuckerausscheidung bei Salmiakgebrauch erheblich höher, nämlich 153 grm pro Tag, als vorher; in der zweiten 5tägigen Versuchsreihe war sie bei Salmiakgebrauch nur ganz unbedeutend geringer, nämlich nur 17 grm pro Tag, als vor dem Gebrauch des Mittels.“ Finkler.

---

13. **Binz, Chinarinden, Chinin.** (Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde von Eulenburg.)

Den Artikel eröffnet eine historische Studie über die Verbreitung und die Schicksale der Chinarinde von den ersten Versuchen der Anwendung bis zum culturgemässen Anbau der Pflanze und der Darstellung des wirksamen Chinin. Der zweite Theil behandelt die Wirkungen. Der Einfluss auf die Schmeckorgane documentirt durch den sehr bitteren Geschmack, etwas gesteigerte Speichelsecretion; auf den Magen wirkt Chinin als Bitterstoff. Der Chininrausch verräth die Beeinflussung des Nervensystems; derselbe vermag bis zur gänzlichen Depression der animalen Nerven gesteigert zu werden. Auf das



Herz wirken mässige Gaben erregend; und zwar durch direkten Einfluss auf die motorischen Apparate. Grössere Gaben setzen Pulsfrequenz und arteriellen Druck herab, aber nicht durch Reizung der Depressoren.

Die Gefässnerven verhalten sich im Allgemeinen indolent dem Chinin gegenüber. Die Athmung wird durch mittlere Gaben nicht sehr verändert, „grosse setzen sie herab und giftige lähmen sie tödtlich". Das Chinin verlässt den Organismus zum grossen Theil unzersetzt durch den Harn.

„Die Milz steht unter besonderer Herrschaft des Chinins." Dieselbe wird derb und consistent, ihr Umfang verkleinert. Die Wirkung kann zu Stande kommen ohne Betheiligung der Centralorgane des Nervensystems.

Ein hervorragender Einfluss des Chinins zeigt sich in der Veränderung der Körpertemperatur, selbst wenn die Wärmeabgabe (durch Einwickeln in Watte, Lewizky) vermindert wird.

Mit dem Weingeist hat er dabei die Eigenschaft gemein, dass der Abfall beim Gesunden viel weniger leicht zu Stande kommt, als bei manchen Fiebernden. Der temperaturherabsetzenden Wirkung entspricht Verminderung des Harnstoffs (Zuntz: um 39 %).

Die Theorie von Binz über die Wirkung des Chinin beruht auf der Thatsache, dass das Chinin, während es von den Nervenzellen des Menschen noch in starken Gaben ertragen wird, in neutraler oder schwach basischer Lösung ein energisches Gift für manches Protoplasma ist, und dass es speziell für das Protoplasma niederster Organismen sich als sehr giftig erweist. Deshalb ist Chinin ein starkes Hinderniss gegen die Fäulniss. Es wirkt verzögernd oder unterdrückend auf die Prozesse, welche von geformten Fermenten vollzogen werden. Dem Secrete diphteritischer Conjunctivitis zugesetzt, nimmt oder schwächt es die Fähigkeit der Infection.

Bei Vergiftung lebender Thiere mittelst fauliger Jauche erkannte Binz in 12 Versuchen hervorragenden Erfolg.

Von grösster Wichtigkeit ist der Befund, dass Chinin die weissen Blutkörperchen heftig angreife. Es lähmt bei Einspritzen in's Blut dieselbe so sehr, dass Auswanderung und Eiterbildung gestört oder aufgehoben werden, bei Anwendung einer Lösung auf die entblösste Gefässwand tödtet es die ausgewanderten farblosen Blutzellen sofort.

Versuche, welche später von vielen Autoren bestätigt wurden.

Dahin gehört die von Binz gefundene Wirkung des Chinins: Aufhebung der Phosphorescenz lebendiger Organismen. Alles dies bestimmt die Anwendung des Chinins gegen die infectiösen Fieber; nicht etwa ist es ein Einfluss auf das Nervensystem, der die Temperatur herabsetzt, sondern diese Herabsetzung basirt auf der zerstörenden Wirkung des Alkaloids auf die Mikroorganismen (selbst in einer Verdünnung von 1 : 20,000). Vor allen andern Anticymoticis hat dabei das Chinin den unschätzbaren Vorzug, „es bleibt hinter den meisten weit zurück an Schädlichkeit für den Organismus".

Besondere Erwähnung verdient der Umstand, dass gerade gegen die Malaria-Ursache das Chinin alle anderen Mittel an antidotarischer Kraft übertrifft. „Bacillus malariae entwickelt sich bei damit inficirten

Thieren besonders im Knochenmark und in der Milz, also in den Hauptstätten der farblosen Körperchen. Da nun auch die Energie und Lebensfähigkeit dieser Elemente durch Chinin in specifischer Weise herabgesetzt wird, so ist es wohl kein Fehlschluss, wenn wir annehmen, dass schon allein die Beeinträchtigung des Keimbodens des Malaria-Pilzes dessen Entfaltung einschränke. Von drei Seiten her erfährt somit das Gift einen Angriff; und das Maas dieses Angriffs braucht an jeder Stelle verhältnissmässig nur klein zu sein, um in Summe eine greifbare Leistung darzuthun.“ Auch die vergrösserte Milz im Typhus erfährt Abnahme durch Chinin. Von diesen Gesichtspunkten aus — „Wirkung auf die Ursache, Einschränken der krankhaft gesteigerten Arbeit des Organs, Niederhalten der Hyperplasie in den Malpighi'schen Körperchen — wird die Thätigkeit des Chinins auch bei sonstigen mit Milzanschwellung verlaufenden Fiebern zu deuten sein.“

Wenn einige Fieber z. B. Recurrens dem Chinin gegenüber so persistent sich verhalten, so liegt die Annahme nahe, dass deren Ursache, wie dies für Recurrensspirillen nachweisbar, sich indolent gegen das Alkaloid verhalten.

Als Tonicum ist Chinin nicht anzusprechen, weil es weder Gewebe ernährt noch erwärmt, noch auch das Nervensystem in erhöhte Leistungsfähigkeit versetzt.

Die Nachtheile, welche bei Darreichung des Chinins auftreten, sind nicht zu hoch anzuschlagen und gehen vorüber (Gehörs- und Sehstörungen etc.).

Präparate des Chinins sind:

Chininum der Officinen (schwer löslich und überflüssig), schwefelsaures Chinin (leicht löslich in Salzsäure, in Wasser schwer), saures schwefelsaures Chinin, Ch. bisulfuricum, löst sich leichter in Wasser, lässt aber, besonders wenn Zucker zugegen ist, dicke Schimmelballen entstehen. Man gebe es in aq. dest. mit Zusatz von wenig Salzsäure, ohne Syrup.

Salzsaures Chinin, Ch. hydrochloricum das rationellste. Gerbsaures Chinin, Ch. tannicum, besonders in der Kinderpraxis anzuwenden, hat fast keinen Geschmack, enthält nur 20—40 % Chinin und muss deshalb in grösserer Dosis als die vorhergenannten gegeben werden.

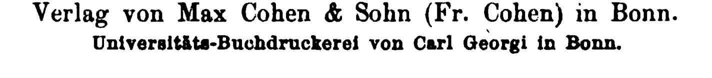
Eine Modification des Chinin ist das amorphe Chinin oder Chinoidin; es empfiehlt sich sehr als Chin. amorphum muriaticum, löslich in Wasser (1 : 1) trocken aufzubewahren, billig.

Cinchonin heisst ein zweites Alkaloid der Rinde; als Cinch. sulfus. gebraucht, wirkt weniger sicher und energisch als Chinin.

Chinidin steht chemisch dem am sichersten wirkenden Chinin am nächsten (isomer.).

Der Bitterstoff der Rinde ist Chinovin, als chinovasaurer Kalk empfohlen. Die Gerbsäure ist Chinagerbsäure.

Finkler.



Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.



Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen nebst Titel und Register.

# Centralblatt
für
# KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigirt von

**Dr. H. Rühle,** Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

**Dr. D. Finkler,** Privatdocent und Assistent an der medicin. Klinik in Bonn.

**1880. 13. Juli. Nro. 20.**

**Inhalt.** Referate: 1. **Semon**, Die Wollsortirerkrankheit (the Woolsorter Disease) nach englischen Berichten. — 2. **Walton** and **Witherle**, The etiology of fever. — 3. **Wernitz**, Ueber die Wirkung der Antiseptica auf ungeformte Fermente. — 4. **Eales**, Cases of retinal haemorrhagie, associated with epistaxis and constipation. — 5. **Airey**, On a sudden outbreak of scarlatina, suppered to be caused by infected milk. — 6. **Osthoff**, Hämoglobinurie bei Scarlatina. — 7. **Banti**, Florenz, De la pneumonie infectieuse. — 8. **Ott**, Ueber die Herzaction und deren Ausdruck im Cardiogramm. — 9. **Lasègne**, La Pathogénie de l'épilepsie. — 10. **Sommer**, Erkrankung des Ammonshorns als ätiologisches Moment der Epilepsie. — 11. **Fischer**, Zur Symptomatologie der Tabes dorsualis. — 12. **Neftel**, Beiträge zur Kenntniss und Behandlung der visceralen Neuralgien. — 13. **Krueg**, Ueber Magenblutungen im Verlaufe der paralytischen Geistesstörung. — 14. **Blachez**, Eczéma généralisé. Accès de Dyspnée. — 15. **Féréol**, De la rupture intra-péritonéale des cystes hydatiques, et du traitement qu'elle comporte dans certains cas. — 16. **Debove**, Note sur un cas de gangrène symétrique des extremités survenue dans le cours d'une néphrite. — 17. **de Benzi**, Ueber die Cur der Bright'schen Krankheit. — 18. v. **Hecker**, Beitrag zur Mortalitätsstatistik der Aerzte.

1. **Semon** (Danzig), **Die Wollsortirerkrankheit (the Woolsorter Disease) nach englischen Berichten.** (Deutsche Vierteljahrsschr. für öffentl. Gesundheitspflege 1880. XII. 425.)

Neuere englische Berichte (aus Bradford in Yorkshire) geben von einer höchst bösartigen Infectionskrankheit Mittheilung, die in den letzten Jahren zuweilen bei Wollsortirern beobachtet worden ist. Die Krankheit dauert nur kurze Zeit, von wenigen Stunden bis zu drei Tagen. Sie beginnt mit allgemeinem Unbehagen und bald profus werdendem Schweissausbruch. Die Athembewegungen sind frühzeitig auffallend unregelmässig, später verkürzt, beschwert, beschleunigt. Stark beschleunigter Puls, Fieber, ängstlicher Gesichtsausdruck. Schmerzen, Frost, Durchfall, Erbrechen fehlen. Das Sensorium bleibt bis zum Ende frei. Der Collaps tritt häufig rapid ein. Der Ausgang ist meistens letal. — Die Ballen, nach deren Eröffnung die Arbeiter zuweilen von der geschilderten Krankheit ergriffen werden, enthalten zur Fabrikation von Mohair dienende Wolle, welche von verschiedenen Ziegenarten Kleinasiens, insbesondere aus der Umgegend des Wan-Sees genommen wird. Auch die Wolle gefallener Thiere kommt zuweilen mit zur Versendung. Es handelt sich nach den Berichten nicht etwa um die



Verschleppung des Infectionsstoffes einer in Kleinasien vorkommenden Krankheit, da sie hier vielmehr gänzlich unbekannt sein soll. Die Wolle wird nach geschehener Wäsche in feuchtem Zustande mit allem anhaftenden Staube (Hautschüppchen, Blutklümpchen u. s. w.) verpackt und auf Maulthieren, der Hitze wie dem Regen ausgesetzt, nach Constantinopel versandt. Man meint, dass unter dem Einflusse der Fäulniss das eigenthümliche Gift sich bilde. Auch unter den Wollsortirern in Constantinopel komme die Krankheit vor, trete hier aber in der Form eines gewöhnlich tödtlich endenden Anthrax auf. Die Sortirung und Reinigung der Wolle geschehe in Constantinopel höchst unvollkommen; hierin müsse Besserung erstrebt werden, um die englischen Arbeiter zu schützen. Wolffberg.

---

2. **G. A. Walton** and **Charles B. Witherle, The etiology of fever.** Die Aetiologie des Fiebers. (Boston medic. and surgic. journal, June 10. 1880, nach Ref. in the Birmingham medical review, July 1880.)

Die Verf. kommen zu folgenden Schlüssen:

„Durch Reizung des vasomotorischen Centrums entsteht ein Tetanus der kleineren oberflächlichen Arterien, welcher, durch Verminderung der Circulation in der Haut, Wärme einschliesst. Der Beginn ist von Frost begleitet oder nicht, je nachdem der Tetanus plötzlich oder allmählich eintritt. In irgend einer unbekannten Weise wird durch das Einschliessen der Wärme eine gesteigerte Wärme-Produktion verursacht. Diese gesteigerte Wärme-Produktion ist viel wichtiger als Traube annahm. Während der ganzen Zeit des Ansteigens der Temperatur ist die Wärme-Abgabe relativ zu der vermehrten Wärme-Bildung vermindert. Absolut braucht die Wärme-Abgabe nicht vermindert zu sein. Selbst während des Tetanus der Arterien und des Ansteigens der Temperatur könnte die excessive Wärme-Produktion gross genug sein, den absoluten Betrag an abgegebener Wärme höher zu machen als normal; aber während des Steigens bleibt die Unzulänglichkeit des Wärme-Abgabe-Apparates, welche von dem Tetanus der oberflächlichen Arterialen abhängt, eine Ursache des Steigens und der vermehrten Wärme-Produktion. Dem Aufhören des Tetanus folgt eine mehr oder weniger allmähliche Zunahme der Wärme-Abgabe und Abnahme der Temperatur, welcher dann, wenn das Fieber anhält, ein zweiter Tetanus und Steigen der Temperatur folgt.

Zu Gunsten dieser modificirten Traube'schen Theorie wird gesagt:

1. dass die Thatsache der stark verminderten Circulation in der Haut von Hüter bei dem septischen Fieber der Frösche demonstrirt worden ist.

2. dass diese Theorie nur eine Störung einer wohlgekannten physiologischen Funktion, nämlich der des vasomotorischen Centrums, annimmt, während kein Centrum für Wärme-Produktion nachgewiesen ist.

3. dass es feststeht, dass Fieber hervorgebracht werden kann durch primäres Einschliessen von Wärme, während es nicht feststeht, dass vermehrte Wärme-Produktion an sich Fieber erzeugen kann.

4. dass diese Theorie alle Vortheile von Traube's ursprünglicher Erklärung der klinischen und pathologischen Erscheinungen des Fiebers behält.



5. dass sie der unzulässigen Annahme Traube's, es bestände bei Fieberkranken ein Tage und Wochen lang dauernder Tetanus der Arterien, nicht bedarf.

6. dass sie nicht, wie Traube's Theorie, unvereinbar ist mit dem Resultat der kalorimetrischen Untersuchungen Leyden's an Fieberkranken.

7. dass das Einschliessen von Wärme die bedeutende Zunahme der Harnstoff-Ausscheidung im Fieber erkläre.

E. Bardenhewer.

---

3. **J. Wernitz, Ueber die Wirkung der Antiseptica auf ungeformte Fermente.** (Inaugural-Dissertation. Dorpat. 1880.)

Wernitz hat mit einer grossen Reihe erfahrungsgemäss antiseptisch wirksamer Körper Versuche angestellt hinsichtlich ihres Verhaltens gegen ungeformte Fermente. Er liess dieselben einwirken auf Emulsin, Myrosin, Diastase, Invertin, Ptyalin, Pancreatin, Pepsin und Labferment. Als Endergebniss der zahlreichen, im Original nachzusehenden Versuche giebt W. an, dass man bei der Einwirkung der Antiseptica gegen ungeformte Fermente, die man mit Grund als chemische Fermente bezeichnen könne, keine sogenannte specifische Wirkung finde, wie sie z. B. essigsaure Thonerde, Thymol, ätherisches Senföl gegen Bacterien, beziehentlich Hefepilze besitzen. Als sehr wirksam gegen alle Fermentarten fand W. Chlor, Brom, Jod, schweflige Säure und Sublimat, die schon in minimaler Menge genügten, um die Wirkung der Fermente aufzuheben. Den genannten Stoffen reiht sich, wenn auch etwas geringere Kraft entfaltend, die Salicylsäure an, während Thymol, ätherisches Senföl, Kreosot und viele andere Stoffe sich ungeformten Fermenten gegenüber sehr wenig wirksam verhielten. Dahingegen besassen die letztgenannten Körper einen energischen Einfluss gegenüber geformten Fermenten, benzoesaures Natron und essigsaure Thonerde zeigten sich nur gegen Bacterien kräftig, gegen Hefepilze und die ungeformten Fermente fast wirkungslos. Bei der Wahl eines Antisepticums müsse man theoretisch demjenigen den Vorzug geben, welches sich gegen alle Arten von Fermenten wirksam beweise, diese Bedingung erfülle am vollkommensten die Salicylsäure, wenn dieselbe auch, ihrer Schwerlöslichkeit wegen, in der Praxis nicht an Stelle der anderen Antiseptica habe treten können.

Schulz.

---

4. **Henry Eales, Cases of retinal haemorrhagie, associated with epistaxis and constipation.** Fälle von Retinal-Hämorrhagien mit Nasenbluten und Constipation. (The Birmingham medical review, July 1880.)

E. berichtet 5 Fälle, in denen zugleich mit habitueller Stuhlverstopfung und den Zeichen gesteigerten arteriellen Drucks Nasenbluten und Retinalblutungen sich fanden, und zwar 4 Mal bedeutende Blutungen im l., einmal geringe im r. Auge. Irgend eine andere Ursache für die Blutungen war nicht vorhanden. 2 Mal fanden sich Spuren von Eiweiss im Harn, nie Cylinder; keine Polyurie. Den Ausgangs-



punkt dieses Symptomen-Complexes erblickt E. in der Stuhlverstopfung: Reizung der n. n. splanchnici verursacht Verengerung der Arteriolen des Abdomens, Erweiterung der Kapillaren und Venen, Behinderung des Blutflusses, Steigerung des arteriellen Drucks. In der Nasenschleimhaut und den Netzhäuten kommen am leichtesten Rupturen zu Stande. Dass die letzteren häufiger links als rechts auftreten, ist begründet in dem graden Verlauf der direkt aus dem Aortenbogen kommenden art. carotis sinistra und in der grösseren Länge und dem ungraden Verlauf der vena anonyma sin. Auf der rechten Seite wird auch noch durch den fortwährenden Gebrauch des Armes der Druck in der carotis vermindert. — Alle Fälle betrafen junge Burschen; die erfolgreiche Behandlung bestand in der Darreichung von Abführmitteln.

E. Bardenhewer.

---

5. **Hubert Airey, On a sudden outbreak of scarlatina, suppered to be caused by infected milk.** Plötzlicher Ausbruch von Scharlach; als Ursache inficirte Milch angenommen. (The practitioner, February 1880.)

In Fallowfield, einem Dorfe 3 Meilen von Manchester wurden innerhalb eines Monates 35 Personen in 18 Familien von Scharlach befallen, von diesen 35 nicht weniger als 24 innerhalb des Zeitraumes von 36 Stunden; das Krankheitsbild war ausgezeichnet durch häufiges Erbrechen und heftige, dauernde Diarrhoe. Es lag der Gedanke nahe, dass eine besondere gemeinsame Ursache die Epidemie veranlasst habe und dass dieselbe durch den Verdauungskanal eingedrungen sei. Die Krankheit trat mit wenigen Ausnahmen in den besser situirten Familien auf, welche in mit Gärten umgebenen Villen um das Dorf herum zerstreut wohnten. Keine Versammlung hatte dieselben zusammengeführt; sie wurden nicht von derselben Wäscherin bedient; im Hause des Briefträgers war kein Scharlach vorgekommen; Wasser-Versorgung, Drainage, Wind konnten nicht die Ursache abgegeben resp. verbreitet haben. Dagegen ergab sich, dass alle die Familien, in welchen Erkrankungen vorgekommen, von ein und derselben Milchwirthschaft ihre Milch bekommen hatten; es gibt in dem Dorfe mehrere Milchwirthschaften, und die Kunden derselben wohnen durcheinander zerstreut. Die genau erforschte Art der von mehreren Personen besorgten Vertheilung der Milch jener Wirthschaft liess es durchaus unmöglich erscheinen, dass eine Uebertragung von Person zu Person stattgefunden habe. Es musste das Contagium in der Milch sein und es konnte nur hineingekommen sein durch einen der drei Melker, welcher die Nächte in einem kleinen dumpfen Häuschen zubrachte, in welchem seit drei Wochen ein an Scharlach leidendes Kind lag. Die Einzelheiten über die Gewinnung, Sammlung und Vertheilung der Milch, über die Wohnungen und Gewohnheiten des Melkers u. s. w. bestätigen diesen Verdacht.

Bei Infektion vom Gastro-Intestinaltraktus aus ist die Inkubation eine sehr kurze. Dies beweisen mehrere Fälle, in welchen der Verdacht der Infektion auf einen bestimmten Trunk Milch sich lenkte. Einen derselben führe ich an. „Am 4. August wurde das Kind E. B., mehr als zwei Meilen von Fallowfield wohnhaft, von Scharlach befallen.



Heftige Vorläufer-Symptome am Abend des 3. August. Sie war am 1. August mit dem Rest der Familie von einem Landsitz zurückgekehrt, in dessen Umgebung nichts Scharlach-Artiges existirte. Am Samstag den 2. August, war sie mit vier andern Kindern zu der (später verdächtig gewordenen) Melkerei geschickt worden, von wo die Familie ihre Milch zu beziehen gedachte, und hatte dort Milch getrunken. Sie trinkt lieber Milch als die anderen Kinder und hatte desshalb wohl den grössten Theil bekommen."

E. Bardenhewer.

---

6. **Osthoff** (Zweibrücken), **Hämoglobinurie bei Scarlatina.** (Aerztl. Intelligenzbl. 1880. Nr. 26.)

In einem sehr schweren Falle von Scharlach wurde am fünften Krankheitstage bei hohem Fieber und starken Kreuzschmerzen ein gelöstes Hämoglobin enthaltender Harn von tiefbrauner Farbe entleert. Am folgenden Tage war der Harn gelb, enthielt aber noch bis zum 7. Krankheitstage gelösten Blutfarbstoff. Eiweiss fand sich noch längere Zeit. Pat. genas nach langdauernder Reconvalescenz. — Der Verf. glaubt die Zerstörung der Blutkörperchen von der deletären Wirkung des Scharlachcontagiums ableiten zu müssen; wenn erstere nur in geringem Maasse vor sich gehe, so sei (im Einklang mit gewissen Naunyn'schen Experimenten) nur Albuminurie die Folge. Auch die scarlatinöse Nephritis sei vielleicht (wie in gewissen Ponfick'schen und Wertheimer'schen Versuchen) von der Auflösung rother Blutkörperchen abzuleiten.

Wolffberg.

---

7. **Dr. Guido Banti, Florenz, De la pneumonie infectieuse.** Ueber die infectiöse Pneumonie. (Archives génér. de médec. Juli 1880.)

Verf. veröffentlicht seine Erfahrungen über eine Epidemie von Pneumonien, welche er im Herbst 1877 bis Frühjahr 1878 zu Florenz beobachtete. Die Ausdehnung der Erkrankungen ist nicht näher, die klinischen Erscheinungen allgemein mitgetheilt, die mikroskopischen Lungenbefunde sind specieller.

Die Erkrankungsziffer war eine beträchtliche, die Sterblichkeit eine ungewöhnlich grosse, Leute aller Alters- und Berufsklassen wurden befallen.

Zunächst zeigte sich vor dem Auftreten von Localerscheinungen (bis zu 8 Tagen vorher) Fieber mit allgemeiner Abgeschlagenheit, Kopfschmerz u. s. w. und dann erst traten in den Lungen nachweisbare Symptome auf. Der Process in den Lungen, der bald localisirt blieb, bald sich auch im Verlauf der Krankheit schnell weiter verbreitete, stand bei seiner oft geringen Ausbreitung in gar keinem Verhältniss zur Schwere der Allgemeinerscheinungen, die Kranken lagen wie im typhösen Fieber, die Temperatur war hoch, Abends um 40° C. herum mit morgendlichen Remissionen von kaum 5 decigr. Der Ausgang in Genesung vollzog sich durch Lysis. Der Auswurf war im Anfang meist excessiv blutig, reichlich und wurde dann erst rostfarbig. Der Tod trat gewöhnlich durch Herzparalyse ein und zwar in den



ersten Tagen, aber ohne besonders hohes Fieber, ohne starke Localerscheinungen. Die Reconvalescenz dauerte ausnehmend lange, da die Kranken sich schwer erholten. Die Therapie war eine tonisirende und excitirende. Bei der Section ergab sich constant Milztumor, aber keine Veränderung im Darm oder Mesenterium.

Mikroskopisch fand sich im ersten Stadium der Pneumonie eine excessiv grosse Ausdehnung der Alveolar-Capillaren durch rothe Blutkörperchen und viel Blutaustritt in den Alveolen und kleinsten Bronchien, was Banti als ein Zeichen der Dyscarsie ansieht, wie es nur bei allgemeinen Erkrankungen vorkäme. Dementsprechend war der Auswurf in diesem Stadium flüssig und blutig und desshalb auch die Infiltration und dieser entsprechend der gedämpfte Percussionsschall nicht so intensiv wie sonst. Im zweiten Stadium sah man reichliche Proliferation der Alveolar-Epithelien, im dritten die gewöhnliche regressive Metamorphose der Exsudate.

Die hygienischen Verhältnisse von Florenz, wo in Folge von Stagnation in den Cloaken Typhus und Malaria nicht aufhören sollen, hatten sich nicht geändert, die Erkältungskrankheiten, wozu er die gewöhnliche Pneumonie rechnet, waren an Zahl geringer als früher, Verf. glaubte daher, dass die Krankheitsconstitution sich verändert habe. Alle die beobachteten Erscheinungen, der eigenthümliche klinische Verlauf, der besondere anatomische Befund, massenhaftes Auftreten, hohe Sterblichkeitsziffer und das gleichzeitige Herrschen von Typhus bringen Verf. zu der Ansicht, dass es sich hier um infectiöse Pneumonien gehandelt habe.

Ueber das Krankheitsgift äussert er keine bestimmte Ansicht.

Bartold.

---

8. **Adolph Ott, Ueber die Herzaction und deren Ausdruck im Cardiogramm.** (Deutsch. Arch. f. klin. Med. 26. Bd. 1 u. 2. Heft. S. 125.)

O. hat sich die Aufgabe gestellt, die Frage: wie die Contraction des Herzens während seiner Systole erfolge, ob in einem oder mehreren Absätzen, einer näheren Prüfung zu unterwerfen. Veranlassung zu dieser Arbeit gab ihm der Umstand, dass sich Rosenstein in seinem Aufsatze: „Zur Deutung des Cardiogramms" der Traube'schen Ansicht, dass die Herzsystole nicht in einem Moment, sondern absatzweise erfolge, angeschlossen hatte. „Alle wohlgelungenen Bilder zeigen einen zweizipfeligen Gipfel, welcher der Ausdruck der absatzweise erfolgenden Systole des Herzmuskels ist", lautete ein Ausspruch Rosenstein's.

Zunächst stellt O. fest, dass sich die bei Hunden, Katzen und Kaninchen gewonnenen Thierherzcurven in ihren Hauptcontouren und maassgebenden Punkten den beim Menschen gewonnenen Curven vollständig gleich verhalten. Die Frage, ob die äusserlich am Thorax aufgenommenen Curven mit dem direct vom Herzen nach Eröffnung des Thorax abgenommenen völlig übereinstimmten, wird durch den Versuch im bejahenden Sinne beantwortet.

In Erwägung, dass jeder in der Curve zum Ausdruck gelangten



Herzactionsphase eine gewisse Zeit entspricht, berechnet sodann O. die Zeit, welche auf die einzelnen Abschnitte der Herzrevolution entfällt und überträgt diese auf die Dauerverhältnisse der Curve. Die genaue Ausmessung der Curve ergiebt, dass „die im katakroten Theil der Curve auftretende Erhebung nur als der Ausdruck des arteriellen Rückstosses, nie aber einer plötzlich erneuerten systolischen Contraction des Herzmuskels gedeutet werden müsse."

Setzte O. den Blutstrom im aufsteigenden Aortenrohr durch eine wandständige Canüle mit dem Kymographion in Verbindung, so zeigten die Curven eine Reihe meist einfach auf- und niedersteigender Linien, welche nirgends durch eine Zacke unterbrochen wurden.

Man findet also in diesen Curven nicht das geringste Anzeichen, welches auf einen durch mehrfachen Impuls in Bewegung gesetzten Strom in der Aorta, d. i. auf eine in mehreren Absätzen erfolgende Ventrikelsystole hindeuten würde."

Das nächste Experiment, Verschliessung der Aorta oder Pulmonalis, findet statt, ohne dass in der Aortencurve sich irgend welche Veränderungen markirt hätten, welche auf eine ruckweise erfolgte Ventrikelsystole hindeuteten.

Ungar.

---

9. **Prof. Lasègne, La Pathogénie de l'épilepsie.** Ueber die Entstehung der Epilepsie. (Arch. géner. de méd. Juli 1880.)

Gowers hat in seinen Vorlesungen über Epilepsie (conf. Referat dieses Blatt S. 40) psychischen Erregungen, besonders dem Schrecken der das ganze Nervensystem so mächtig ergreift, als unmittelbare und die mächtigsten Ursachen der Epilepsie geschildert. Diese Ursachen seien besonders wirksam in der Jugend und bei weiblichen Individuen, die Anfälle träten meist sofort oder nach einigen Stunden, selbst Wochen auf.

Lasègne weist darauf hin, dass so oft psychische Eindrücke als Ursache für Geisteskrankheiten angesehen würden, ohne dass sie wirklich die Ursache derselben sind und dass schon um desshalb die Entstehung der Epilepsie durch so untergeordnete Einflüsse unwahrscheinlich sei, weil diese Krankheit einen so grossen Widerstand gegen jeglichen Einfluss von ausserhalb, gegen jede Medication, leiste. Er selbst habe nie gesehen, dass eine Epilepsie durch Furcht oder irgend welche geistige Erregung entstanden sei. Bartold.

---

10. **Dr. W. Sommer in Allenberg, Erkrankung des Ammonshorns als ätiologisches Moment der Epilepsie.** (Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, Bd. X, Heft 3.)

S. gibt zuerst eine kurze historische Uebersicht über die das obige Thema betreffenden bisherigen Abhandlungen und stellt dann in Tabellenform 90 Fälle aus der Literatur zusammen, in denen im Leben Epilepsie und nach dem Tode meistens neben andern Störungen im Gehirn eine Erkrankung des Ammonshorns konstatirt worden ist, und



zwar nicht nur die früher von Meynert charakterisirte Sklerose, sondern auch andere ausgesprochene Erkrankungen desselben, da die Art der Zerstörung wohl nur einen sekundären Einfluss ausüben könne. S. nimmt bei 30% der Epileptiker Desorganisationen des Ammonshorns an. Von den 90 Fällen stimmen 76 vorwiegend mit der von Meynert angegebenen Atrophie, schwieliger und knorpeliger Häute und solenner Anämie des einen Ammonshorns überein, während in den 14 andern Fällen das Ammonshorn anderweitig (Erweichung, Geschwulst) erkrankt war. Während frühere Bearbeiter dieses Gegenstandes, wie Hemkes und Pfleger (cf. Centralbl. für klinische Medicin, 1850, No. 8) Atrophie und Sklerose des Ammonshorns nur bei solchen Epileptikern fanden, die vor dem 12. Jahre erkrankten, traf S. dies Verhältniss bei Männern bis zum 17,1, bei Frauen bis zum 23,1 Lebensjahre. Das Hirngewicht betrug von 27 Männern bei der „klassischen" Atrophie des Ammonshorns im Durchschnitt 1346,0, von 8 Frauen 1119,0. Unter Zurechnung der 25 Fälle von Pfleger fand sich die Destruktion des Ammonshorn rechts 30 Mal (12 M., 18 Fr.), links 37 Mal (24 M., 13 Fr.), beiderseits 42 Mal (16 M., 23 Fr., 3 ?); unbekannt wo 6 Mal (3 M., 2 Fr., 1 ?). Auch Charcot erklärt die Erkrankung des Ammonshorns als den häufigsten Leichenbefund bei Epileptikern. S. gibt nun eine eingehende Schilderung der mikroskopischen Veränderung eines sklerotischen Ammonshorns und kommt bei Analysirung der bei vielen Epileptikern vorhandenen sensoriellen Störungen — Hyperästhesien, Parästhesien, Anästhesien —, worüber er bei seinen 90 Fällen, obschon ein grosser Theil zugleich blödsinnig war, 38 Mal positive Angaben erhielt, zu der Annahme, dass das Ammonshorn wahrscheinlich das Centrum für den Gefühlssinn sei. Er stützt diese Annahme noch durch Anführung einer Reihe von Experimenten und Untersuchungen namhafter Autoren. Oebeke (Endenich).

---

11. **Docent Dr. G. Fischer, Zur Symptomatologie der Tabes dorsualis.** (Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. XXVI, H. 1 u. 2, p. 83—124).

I. Schon von Erb, Berger und Buch liegen einzelne Beobachtungen von Tabes vor, in welchen die Sehnenreflexe intact waren oder doch erst allmählich verschwanden. Zu diesen fügt F. 4 neue Fälle hinzu mit den unzweifelhaften Cardinalsymptomen der Tabes: Ataxie, Sensibilitätsstörungen, lancinirende Schmerzen, wobei die Patellarreflexe, zuweilen auch die anderen Sehnenreflexe mehr weniger stark vorhanden waren. Bei denselben 4 Kranken war die Schmerzleitung normal, in 15 anderen Fällen dagegen verlangsamt. Das Zusammentreffen des Ausfalls der Sehnenreflexe und der Verlangsamung der Schmerzleitung legt die Vermuthung nahe, dass beide Symptome auf einer Laesion anatomisch nahe gelegener Bahnen beruhen können. Ebenso war in den genannten 4 Fällen die sonst nicht vermisste Blasenstörung nicht vorhanden, was vielleicht auch auf eine Beziehung zwischen Blasenstörungen und Sehnenreflexen hindeutet. Sollten sich diese Vermuthungen bewahrheiten, so wäre als der Herd für die 3 Symptome die graue Substanz des Rückenmarks und vorwiegend deren Hintersäulen zu vermuthen. Denn die Schmerzleitung wird, wie Schiff es



wahrscheinlich gemacht, gestört durch Alteration der grauen Substanz, und die Bahnen, welche die Sehnenreflexe und die Blasenfunctionen vermitteln, passiren auch zweifellos die graue Substanz.

II. Unter 15 Kranken, bei denen die Schmerzleitung verlangsamt war, fand F. 8 mal die Remak'sche Doppelempfindung: die zeitlich getrennte Perception eines Tast- und eines Schmerzeindrucks bei einfachen Nadelstichen. Nach Schiff müsste in diesen Fällen bei noch leitungsfähigen Hintersträngen (Leitung der Tasteindrücke) der Querschnitt der grauen Substanz eingeengt sein. Es ist F. aber nicht gelungen, die Sätze von Schiff durch seine Befunde zu stützen, was er jedoch seiner nicht ganz zweckentsprechenden Untersuchungsmethode zuschreibt. — In Bezug auf die Hautreflexe fand F. ein sehr differentes Verhalten, und nicht waren sie, wie die neueren Lehrbücher angeben, bei bestehender Verlangsamung der Schmerzleitung gewöhnlich auch verlangsamt. So fehlte bei 2 Kranken mit verlangsamter Schmerzleitung die Doppelempfindung und jeder Reflex. Da bei dem Einen Hypalgesie, bei dem Andern neben der Tabes Parese der Muskeln bestand, so ist in ersterem Fall vielleicht eine Erkrankung des centripetalen, in letzterem eine solche des centrifugalen Theils des Reflexbogens anzunehmen. Weiter werden 3 Fälle angeführt, in denen die Schmerzleitung verlangsamt, keine Doppelempfindung vorhanden, die Reflexaction aber mit der Schmerzäusserung synchron, also verlangsamt war. Der Reflex ist hier jedenfalls als ein cerebraler Uebertragungsvorgang anzusehen, welcher längere Zeit braucht, als der Reflexact bei Beschreibung der normalen spinalen Reflexbahnen, die nach Pflüger in derjenigen Höhe der Spinalaxe liegen, in der die sensible und die entsprechende motorische Faser in's R.-M. ein- resp. austritt. Die Erkrankung der grauen Substanz, die ja aus der verlangsamten Schmerzleitung schon zu erschliessen ist, hat auch den Reflexbogen leitungsfähig gemacht. Ein anderer Kranker bot beim Nadelstich in die grosse Zehe verlangsamte Schmerzleitung ohne Doppelempfindung mit einfachem, dem Moment des Stiches synchronen Reflexe (Beschreitung des normalen Reflexbogens), dagegen beim Stich in die Sohle Verlangsamung des Reflexes, so zwar, dass der Reflex dem Moment des Stiches näher lag als dem der Empfindung. Für letztere Erscheinung ist Unwegsamkeit des normalen Reflexbogens anzunehmen, an dessen Stelle ein secundärer, weiter oben gelegener, jedoch noch spinaler Reflexbogen tritt. In 2 Fällen, in welchen sich verlangsamte Schmerzleitung, Remak'sche Doppelempfindung und eine mit der Schmerzäusserung synchrone Reflexbewegung fand, ist letztere als cerebral ausgelöst aufzufassen, während der primäre spinale Reflexbogen erkrankt gewesen sein muss. Ein weiterer Kranker zeigte bei verlangsamter Schmerzleitung Doppelempfindung und Reflex im Moment des Stiches und der Tastempfindung. Im Folgenden werden nun verschiedene Combinationen von Verlangsamungs- und Reflexerscheinungen, sowie einige Fälle angeführt, in welchen Doppelreflexe constatirt werden konnten, von denen der eine spinal, der andere cerebral zu deuten ist. In einem Falle wurden glatte, an die Fusssohle gehaltene Gegenstände wie Messerschneiden gefühlt, und eine Berührung des rechten Fusses auch an der correspondirenden Stelle links empfunden. Rechts fiel der Reflex mit



der verspäteten Schmerzäusserung zusammen, links, wo die Schmerzleitung prompt war, erfolgte gar kein Reflex. Dabei war der linke Patellarreflex stärker als der rechte. Ein anderer Patient verlegte Tasteindrücke häufig in das nicht berührte Bein; bei diesem erfolgte bei leiser nicht empfundener Berührung sofort eine Reflexbewegung und kurz darauf mit lauter Schmerzäusserung eine zweite. Von einem weiteren Kranken wurde an den linken Fussrändern eine einzelne Zirkelspitze als doppelt empfunden; bei demselben und einem zweiten werden ebenfalls Doppelreflexe wahrgenommen, von denen der zweite stärker war als der erste. Endlich wurde noch in einem Falle im Moment des Stiches in die linke Sohle eine leichte Reflexbewegung im Flexor hallucis, dann, um 2,5″ verlangsamt und synchron mit der Schmerzäusserung, ein starkes reflectorisches Hinaufziehen des ganzen Beines beobachtet. In allen diesen Fällen war Verlangsamung der Schmerzleitung und Doppelempfindung vorhanden. Das constante Zusammentreffen der Doppelreflexe mit Doppelempfindungen in den aufgeführten Beobachtungen hält F. für zufällig. Die Reflexbewegungen auf sensible, nicht empfundene Reize, die in zwei Fällen constatirt wurden und bei Tabes ziemlich häufig sein sollen, erklären sich durch Lähmung sensibler Fasern bei Integrität des Reflexbogens.

III. Eine eigenthümliche Erscheinung, die F. wiederholt bei seinen Tabeskranken beobachtete und für die er die Bezeichnung „Polyaesthesie" vorschlägt, besteht darin, dass die Kranken die Berührung mit der einfachen Zirkelspitze doppelt, das Auftreten von zwei Zirkelspitzen aber 3—5fach fühlten. Analoge Beobachtungen liegen vor von Brown-Séquard und Eulenburg. Von 4 Tabeskranken, bei denen sich dieses Symptom fand, sind 2 unter den obigen erhalten, 2 werden nachfolgend mit näheren Angaben erwähnt. Bei dem Einen wurde schon eine Spitze doppelt, bei dem Andern zwei Spitzen erst bei bestimmter Zirkelöffnung dreifach, und beim Aufsetzen einer weiteren Spitze vierfach gefühlt. Drei Spitzen wurden meist in Gestalt eines Dreiecks, vier in der eines Quadrates empfunden. Nachempfindungen konnten bestimmt ausgeschlossen werden. Die Erklärung für diese Polyaesthesie glaubt F. in einer transversal verlaufenden Miterregung benachbarter oder entfernterer Ganglien von der primär erregten aus finden zu sollen, bedingt durch eine krankhafte Erregbarkeit der grauen Substanz. Von den miterregten Ganglienzellen findet durch das Bewusstsein auf den gewohnten Bahnen eine Projection nach der Peripherie statt. — Für den obigen Fall, in welchem starke Berührungen des linken Beines rechts empfunden wurden und umgekehrt, sowie für den Fall, in welchem Berührung des rechten Fusses im linken mitempfunden wurde, nimmt F. Commissuren zwischen den Ganglienzellen beider Hintersäulen an, auf denen die abnorme Erregung verbreitet wird. Bei ersterem Pat. „wäre es so förmlich zu einem vicariirenden Eintreten der andersseitigen centripetalen Bahn für die vielleicht erkrankte gleichseitige gekommen; bei letzterem vertheilt sich die Erregung auf beide Bahnen." — Polyaesthesie wurde auch noch bei 2 anderen nicht tabetisch Erkrankten, deren Krankengeschichte mitgetheilt wird, gefunden.

Wenn schon Erb darauf hingewiesen hat, dass die typische Tabes



dort nicht ausschliesslich eine Erkrankung der Hinterstränge, sondern auch benachbarter Theile sei, so kommt F. auf Grund seiner Beobachtungen zu der Vermuthung, dass bei dieser Krankheit „die Erkrankung der Hintersäulen nicht nur eine regelmässige, sondern auch eine frühzeitige ist." Die Symptome, die dafür sprechen, sind: die constante Verlangsamung der Schmerzleitung, die von Berger beschriebene Analgesie, die Polyaesthesie, das Fehlen spinaler Haut- und Sehnenreflexe, die Verlangsamung spinaler Reflexe, zum grössten Theil auch die Sphincteren-Lähmungen. Die Analgesie wurde von Erb und Berger als frühes Symptom der Tabes beobachtet, und wenn die lancinirenden Schmerzen auf Erkrankung der grauen Substanz zu beziehen wären (Lange), so wäre das regelmässige Initialsymptom auf eine Affection der Hinterhörner zurückzuführen.

Stintzing (München).

---

12. **Dr. W. Neftel in New-York, Beiträge zur Kenntniss und Behandlung der visceralen Neuralgien.** (Arch. für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, Bd. X, Heft 3.)

N. theilt eine Reihe von Fällen von neuralgia rectovesicalis et uterina mit, die er nach fruchtloser vielfacher anderweitiger Behandlung durch Galvanisation des centrum-genito-spinale und der nervi splanchnici theils gebessert, theils geheilt hat. Sowohl die recto-vesicalen Beschwerden, wie die Dysmenorrhoe sind als viscerale Neuralgien, als neuralgische Schmerzen aufzufassen, die durch einen physiologischen Vorgang (Koth- und Harnentleerung, Menstrualfluss) hervorgerufen werden und durch eine krankhaft gesteigerte Erregbarkeit des nervösen Centralapparates bedingt sind. Diese letztere verdankt ihre Entstehung denselben Ursachen, wie andere Neuralgien: Hyperämie, Anämie, Malaria etc., während die lokalen Strukturveränderungen in den einzelnen Organen als Gelegenheitsursachen oder als Complicationen zu betrachten sind. N. bedient sich der Galvanisation (15—20, später 20—30 Siem. Elem., die breite Kathode stabil in der regio pubis oder in einer der Inguinalgegenden, die Anode im Lenden- oder Brusttheil der Wirbelsäule unter metallischen Stromwendungen und späterm Aufwärtsführen der Anode längs der Wirbelsäule) bei visceralen Neuralgien, chronischen Congestionen und Entzündungen der Beckenorgane und bei chronischen Congestivzuständen im centralen Nervensystem. Hysterische Personen vertragen die metallischen Wendungen nicht gut. Der grösste Theil der Patienten (einige hatten früher Intermittens überstanden) stammte aus Malariagegenden, so dass N. die Malariakachexie als wichtiges ätiologisches Moment bei der neuralgia recto-vesicalis betrachtet; ausserdem schreibt er starken galvanischen Strömen, besonders Volta'schen Alternativen die Fähigkeit zu, die latente Malariakachexie zum Ausbruch zu bringen. Oebeke (Endenich).

---



13. **Dr. Julius Krueg in Ober-Döbling bei Wien; Ueber Magenblutungen im Verlaufe der paralytischen Geistesstörung.** (Arch. für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, Bd. X, Heft 3.)

K. beobachtete Magenblutungen vorwiegend bei langsamem Verlaufe in den vorgerückten Stadien der Paralyse. Abgesehen von einzelnen Magengeschwüren und Erosionen wird die Entstehung der Blutung durch die sogen. paralytischen Anfälle und hochgradige psychische Aufregungszustände bei stark erhöhtem Blutdruck und bestehender Parese der Blutgefässe des Magens begünstigt; der Ausgangspunkt dieser letzten Störungen ist eine Läsion im Centralnervensystem, ähnlich wie man für die bei der Paralyse so leicht entstehende Othaematome und Decubitus eine centrale Ursache der zu Grunde liegenden Gefässparesen annimmt. K. beruft sich hiefür auf Voisier (Traité de la paralysie générale des aliénés Paris 1879), der Blutungen auf den verschiedensten Schleimhäuten, nicht durch Ulceration, sondern durch den Zustand des Blutes und die beträchtliche Vascularisation der betreffenden Gegend erklärt; sodann auf Schiff (Arch. für physiol. Heilkunde, Bd. V, 1846 und Bd. XIII, 1854 und Leçons sur la physiologie de la digestion T. II, 1867), welcher die nach einseitiger Durchschneidung des Sehhügels, des Hirnschenkels, sowie der Brücke und des verlängerten Markes im Magen entstehenden hämorrhagischen Infiltrationen mit partiellen Erweichungen auf Lähmung der vasomotorischen Nervenfasern des Magens zurückführt. Ebstein (Arch. f. exper. Path. Bd. II, 1874) fand ähnliche Veränderungen im Magen und hochgradiges Oedem nach Läsionen der vordern Vierhügel, des verlängerten Marks und Rückenmarks und hält sie verursacht durch Erhöhung des allgemeinen Blutdrucks, während nach Brown-Séquard (Progrès méd. 1876) die nach Verletzung des Streifenhügels, der Hirnschenkel und des Rückenmarks entstehenden Ulcerationen, die nach Verletzung der Brücke an der Ansatzstelle des crus cerebelli ad pontem vorkommenden Blutungen im Magen durch Blutstauung in den Capillaren und Berstung derselben bei kontrahirten Arterien und Venen verursacht sind. K. empfiehlt absolute Milchdiät und warnt vor Anwendung der Schlundsonde.

Oebeke (Endenich).

---

14. **Blachez, Eczéma généralisé. Accès de Dyspnée.** Allgemeines Eczem mit Auftreten von Dyspnoe. (Gaz. hebdomad. de med. et de chirurg. Nr. 24. 1880.)

Verf. beobachtete bei einem 2jährigen Kinde, welches an einem über den ganzen Körper verbreiteten Eczeme litt, ein mehrmaliges Auftreten starker dyspnoëtischer Erscheinungen, die jedesmal 1—2 Tage anhielten. — In Abwesenheit jeden Symptomes, das auf eine Bronchitis oder Pneumonie die Aufmerksamkeit gelenkt hätte, sah sich Bl. genöthigt, diese Complication als asthmatische Anfälle zu deuten. — Einen plausiblen Grund für das Auftreten derselben vermochte er nicht zu entdecken. Weder war dabei ein etwaiges Zurücktreten des Hautausschlages zu bemerken, noch auch bot die eingeschlagene Behandlung oder die Lebensweise des Kindes einen Anhaltspunkt. In Analogie der Beobachtungen von Bärensprung, Charcot, Leudet,

Hamilton, betreffend die Coincidenz von Hautaffektionen mit Respirationsstörungen glaubt Blachez auch seinen Fall als eine sogen. sympathische Neurose auffassen zu müssen. Diese sei möglicherweise bedingt durch Veränderungen im Sympathicus, wie solche von Marcacci bei einer Complication von Eczema generale mit einer Pleuro-Pneumonie als entzündliche Schwellung der Cervicalganglien und des plexus solaris anatomisch constatirt werden konnte.

Eversbusch (München).

---

15. **Dr. Féréol, De la rupture intra-péritonéale des cystes hydatiques, et du traitement qu'elle comporte dans certains cas.** Ueber die intra-peritoneale Ruptur der Echinococcuscysten und ihre Behandlung in gewissen Fällen. (L'Union méd. Nr. 71, 72, 73. 1880.)

Bis vor kurzer Zeit meinte man, die Ruptur der Echinococcencysten sei im Allgemeinen fast sicher tödtlich. Doch ist diese Meinung zu absolut, denn der dänische Arzt Finsen erwähnt in 13 Fällen von intraperitonealen Rupturen nur 2 mit tödtlichem Ausgang. Diese Controverse mit den bisherigen Ansichten erklärt sich daraus: die scandinavischen Aerzte haben beobachtet, dass die Ruptur dieser Cysten sehr gewöhnlich begleitet ist von einer Urticaria. Die einfachste und flüchtigste Urticaria, selbst ohne Peritonitis oder Ascites, die bei Vorhandensein von Echinococcencysten auftritt, ist für sie der Beweis, dass eine Ruptur in die Pleura oder ins Peritoneum stattgefunden hat. Verf. erinnert sich hierbei eines Falles, wo bei einer Cyste eine Urticaria auftrat, verschwand, und einige Tage Fieber und leichtes Unwohlsein bestand, ohne Zeichen von Peritonitis oder Ascites. Als man nach diesem Zwischenfall die Operation machen wollte, war die Cyste verschwunden.

Mit den nordischen Aerzten meint F. zwei Categorien dieser Rupturen unterscheiden zu müssen: die eine, sehr schwer und schnell tödtlich, die andere dagegen so leicht, dass sie übersehen werden konnten ohne die Urticaria. Nach Finsen besteht der Unterschied dieser Categorien darin, dass in den tödtlichen Fällen die Flüssigkeit der Cyste verändert, während sie in den anderen Fällen frisch und frei von Eiter und anderen schädlichen Substanzen war, was Féréol nicht entscheidet. Die Entleerung durch Aspiration war oft begleitet von Urticaria, was schon von Monneret beobachtet war und nachher von Dieulafoy (Traché sur l'asperation des lignides morbides 1873) publicirt. Seit dieser Zeit haben sich die Beobachtungen vermehrt (Hayem, Ferrand, Archambault, Laveran, Moutard-Martin, Hérard, Damaschino u. s. w., s. Société médicale des hôpitaux 1874 und folgende). Die am meisten angenommene Ansicht in diesen Fällen ist die, dass einige Tropfen der Flüssigkeit in die Serosa eingetreten sind. Doch meint Verf., dass auch ohne Beimischung von Eiter u. s. w. die Flüssigkeit gefährlich sein kann (Beobacht. von Moissenet und anderen). Auf der anderen Seite könnte auch die Gegenwart von Echinococcen nicht gleichgültig sein, endlich haben nicht alle Peritoneen dieselbe Empfindlichkeit. Eine Cyste kann eine kleine Peritonitis in der Nachbarschaft verursachen, welche bei einer Ruptur schützend

wirken und die Entzündung beschränken kann. Ist eine solche Peritonitis vorübergegangen und relative Besserung aufgetreten, so ist Aussicht auf Heilung und erfolgreiches Eingreifen vorhanden. Verf. beobachtete einen solchen Fall bei einer Frau von 35 Jahren, welche plötzlich einen Ascites bekommen hatte. Seit drei oder vier Jahren war sie abgemagert, besonders an den Extremitäten und im Gesicht, während der Leib grösser ward. In den Hypochondrien verspürte sie zugleich vage Schmerzen, später traten sie heftiger auf, welche von der Lebergegend ausgegangen, sich über das ganze Abdomen ausbreiteten. Die Ausdehnung des Bauches nahm zu. Fieber und Zeichen einer Peritonitis. Doch legten sich die entzündlichen Symptome, nur blieben Ascites, Dyspnoe, Schlaflosigkeit u. s. w. Nach dem zweiten Tage war eine Urticaria aufgetreten, woraus man eine Ruptur einer Echinococcuscyste diagnosticirte. Unmittelbar wurde die Punction gemacht, wodurch sich eine sero-muquöse Flüssigkeit entleert, welche von Galle gefärbt (Icterus war nicht da) und intacte Echinococcen enthielt. F. entschloss sich, die abgekapselte Peritonealhöhle zu drainiren und auszuwaschen, was durch einen 10 mm dicken Troicart und Acid carbol. 20,0, Alcohol 30,0 und Aq. destill. 1000,0 geschah. Bei der ersten Punction bekam die P. nach wenigen Minuten unter dem Einfluss des Alcohols Delirien, tiefen Schlaf, Erbrechen. Dieser Zwischenfall hatte keine üblen Folgen.

Schwierig ist die Wahl der zu injicirenden Flüssigkeit. Man könnte das Kalium permangan. versuchen in schwachen Lösungen. Davaine schlägt vor, dass man mit Vortheil Aq. destill. 10 Liter, Jodi 1,0 grm, Kal. Jodat. 3,0 anwenden könnte.

Um die Membranen zu entfernen, gebrauchte man dicke Canülen, mit einer seitlichen Oeffnung. Der Strom führte die Membranen hinein.

Diese Beobachtung zeigt ferner, dass das Peritoneum in gewissen Fällen, und besonders bei Abkapselung während mehrerer Wochen und selbst Monate desinficirende Waschungen zweimal täglich vertragen kann.

Folgen einige Fälle aus der Literatur, welche einige Uebereinstimmung mit dem beschriebenen haben.

Die intraperitoneale Ruptur von Echinococcencysten sei nicht so absolut tödtlich, wie man es bis vor Kurzem meinte. Die scandinavischen Aerzte diagnosticiren sie in einer grossen Anzahl von Fällen, wo Peritonitis und Ascites fehlen und das einzige Symptom im Auftreten einer Urticaria besteht. Andererseits kann die Ruptur mit schweren Erscheinungen verlaufen, die wieder vorbeigehen und entweder spontan oder durch eine chirurgische Behandlung heilen können.

Bei dem gegenwärtigen Stand der Wissenschaft kann man nicht sagen, wodurch die Gutartigkeit bedingt wird, aber Folgendes scheint aus der Beobachtung zu resultiren.

1. Die vorausgehende Suppuration der Cyste wird bei einer Ruptur eine schnell tödtlich verlaufende Peritonitis verursachen, wenn das Peritoneum nicht abgekapselt ist.

2. Eine absolut klare und frische Flüssigkeit, welche in einigen Fällen unschädlich scheint, kann in anderen einen schnell tödtlichen Ausgang verursachen.

3. Die Gegenwart von lebendigen Hydatiden ist verträglich mit dem Leben.



4. In den Fällen, wo die Peritonitis sich mässigt und wo doch eine Ascites auftritt, kann man mit Aussicht auf guten Erfolg eingreifen, besonders wenn der Ascites ein abgekapselter ist. Im Falle ist die schnellst mögliche Entfernung der Fremdkörper aus dem Peritoneum indicirt.

Roux.

---

16. **Dr. M. Debove, Note sur un cas de gangrène symétrique des extremités survenue dans le cours d'une néphrite.** Ueber einen Fall von symmetrischer Gangrän der Extremitäten bei Nephritis. (L'Union med. Nr. 68. 1880.)

Eine Frau hatte während des 3. Schwangerschaftsmonats im Gesicht, an der Bauchwand und Extremitäten Oedeme bekommen, deren Auftreten sich urämische Erscheinungen anschlossen. Mit der Abnahme der Oedeme trat Abort ein. Die urämischen Erscheinungen wiederholten sich und nach Verlauf von zwei Monaten stellte sich symmetrische Gangrän der Finger und Hände ein; Haut dunkelblau und schwarz; die gangränösen Partien sehr schmerzhaft. Die Gangrän macht schnelle Fortschritte sowohl in der Oberfläche wie in der Tiefe. Der Daumen ist am wenigsten afficirt. Tod tritt in einem urämischen Anfall ein. Bei Gelegenheit des Abortes hatte Pat. während 20 Tagen 0,25 secal. cornut. täglich bekommen. Dies kann die Gangrän nicht verschuldet haben, weil dazwischen 2 Monate verstrichen waren.

Roux.

---

17. **de Renzi** (Genua), **Ueber die Cur der Bright**'schen **Krankheit.** (Virchow's Archiv Bd. LXXX. Heft 3. S. 510.)

Verf. hat 4 Patienten mit Bright'scher Krankheit Fuchsin verordnet. Einer von ihnen wurde nicht wieder beobachtet, bei einem zweiten musste der Gebrauch des Mittels ausgesetzt werden, bei dem dritten hatte es keine Wirkung. Bei dem vierten Kranken jedoch, der anfangs sieben Tage nach der gewöhnlichen Methode ohne Erfolg behandelt wurde, trat bei Verabreichung von Fuchsin schon am ersten Tage eine Abnahme der Eiweissausscheidung ein und nahm letztere in den folgenden Tagen immer mehr ab. Verf. schreibt dem Fuchsin daher eine eiweissvermindernde Wirkung zu, aber nur dann, wenn es in den Urin übergeht, was bei dem erwähnten dritten Kranken nicht der Fall war. Man giebt bis zu 0,25 in 24 Stunden am besten in Pillenform. Ausser auf die Eiweissausscheidung hat es Einfluss auf die Schleimbeimengung, da diese unter Fuchsingebrauch schwindet. Verf. ist der Ansicht, dass absolut ruhige Bettlage für den Kranken durchaus erforderlich ist.

Ribbert.

---



18. **Prof. v. Hecker, Beitrag zur Mortalitätsstatistik der Aerzte.** (Aerztl. Intelligenzblatt 1880. Nr. 26.)

Vom Jahre 1859 bis 1878 wurden in München 634 Aerzte approbirt; von diesen starben innerhalb desselben Zeitraumes 51 oder 8,8%. Von den im Decennium 1859—68 approbirten Aerzten waren bis 1878 12,3 %, von den 1869—1878 Approbirten bis ebendahin 5,8 % gestorben. Diese Statistik bestätigt die bekannte Thatsache, dass der ärztliche Beruf das Leben durchschnittlich beträchtlich abkürzt. [Vergl. insbesondere Escherich's Hygienisch-statistische Studien. Würzburg 1854. E. berechnet, dass in Baiern von hundert der betr. Standesmitglieder, über dreissig Jahre alt, in das Alter von fünfzig Jahren treten, protestantische Geistliche 53, Schullehrer 41, Justiz- und Forstbeamte je 39, katholische Geistliche 34, Aerzte nur 26. — Ref.]

Wolffberg.

## Neue Bücher.

Brissaud, Recherches anotomo-pathologiques et physiologiques sur la contracture permanente des hémiplégiques. Paris, Delahaye & Comp.

Bruneau, Du passage de quelques médicaments dans les urines, modifications qu'ils y apportent, transformations qu'ils subissent dans l'organisme. Paris, Delahaye & Comp.

Camboulives, Manuel pratique de Thérapeutique, de matière médicale, de pharmacologie et de l'art de formuler. Paris, F. Savy. 8 frcs.

Delisle, Contribution à l'étude des déformations artificielles du crâne. Paris, Parent.

Delpech, Premiers symtômes des maladies contagieuses qui peuvent atteindre les jeunes enfants des salles d'asile et écoles primaires.

Descosse, Des troubles nerveux locaux consécutifs aux arthrites. Paris, Parent.

Dupret, Contribution à l'étude des lésions artérielles dans la syphilis et des anévrysmes en particulier. Paris, Parent.

Farcy, De l'avantage de l'emploi du thermo-cautère dans le traitement de la fistule à l'anus. Paris, Parent.

Favier, Quelques considérations sur les rapports entre la sclérodermie spontanée et la gangrène symétrique des extrémités. Paris, Parent.

Félix, Des troubles gastriques dans l'ataxie locomotrice progressive. Paris, Parent.

Fourguette, Contribution à l'étude de l'adénolymphite de la métrite non puerpérale, son rôle dans la pathogénie des phlegmasies circumutérines. Paris, Parent.

Gignac, Etude sur les troubles de la parole chez les phthisiques présentant des complications méningo-encéphaliques. Paris, Parent.

Jannet, De l'hystérie chez l'homme. Paris, Parent.

Lapeyre, Des accidents nerveux que l'on observe dans l'étranglement herniaire. Paris, Parent.

Laville, On gout and rheumatism, a theoretical and practical exposition of a curative and preventive treatement. Paris, Noblet.

Monod, Etude clinique sur les indications de l'uréthrotomie externe. Paris, Goupy et Jourdan.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.



Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen nebst Titel und Register.

# Centralblatt
für
# KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigirt von

**Dr. H. Rühle,** Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

**Dr. D. Finkler,** Privatdocent und Assistent an der medicin. Klinik in Bonn.

**1880.** **21. Juli.** **Nro. 21.**

**Inhalt.** Referate: 1. **Hertzka**, Ueber Haemophilie. — 2. **Ehrlich**, Beobachtungen über einen Fall von perniciöser progressiver Anaemie mit Sarcombildung. — 3. **Poncet**, Gehirnverletzung. — 4. **Kien**, Un singulier cas d'éclampsie et de coma prolongé chez un enfant, terminé le huitième jour par la guérison au moyen des douches. — 5. **Adamkiewicz**, Ein Fall von amyotrophischer Bulbärparalyse mit Degeneration der Pyramidenbahnen. — 6. **Adamkiewicz**, Isogalvanische und isofaradische Reaction. — 7. **Strümpell**, Beiträge zur Pathologie des Rückenmarks. — 8. **Bensch**, Mittheilung eines Falles von paralytischer Ectasie der Trachea. — 9. **Zander**, Fibrom des Herzens. — 10. **Kussmaul**, Die peristaltische Unruhe des Magens. — 11. **Eckhard**, Ueber den Einfluss des Chloralhydrats auf gewisse experimentell zu erzeugende Diabetesformen. — 12. **Dassein**, Les stigmates de Mais. — 13. **Dassein**, Les stigmates de Mais dans les affections de la Vessie. — 14. **Debout-d'Estrées**, Traitement de l'incontinence d'urine par l'emploi de l'eau de la source du Pavillon en boisson. — 15. **Burkart**, Die chronische Morphiumvergiftung und deren Behandlung durch allmälige Entziehung des Morphiums.

1. **Dr. Hermann Hertzka, Ueber Haemophilie.** (Mittheilungen d. Wiener Doctoren-Collegiums. VI. 16.)

Publikationen über die Hämophilie, über welche vom 12. bis zum Beginne des 17. Jahrhunderts keinerlei Berichte bekannt sind, mehren sich mit Beginn des 19. Jahrhunderts auffallend. Bei der germanischen Raçe scheine die Hämophilie häufiger als bei Slaven und Romanen, am häufigsten bei Juden vorzukommen. — Die H. ist eine allgemeine, angeborene, manchesmal (nach Einigen auch von tuberculösen Eltern) ererbte Diathese. Sie betrifft viel öfter männliche als weibliche Individuen; von ihr frei gebliebene, aus Bluterfamilien stammende Weiber übertrugen die Krankheit häufig, solche Männer fast niemals auf ihre Nachkommen. — In fast 70 % der Fälle tritt die erste Blutung im 1. oder 2. Lebensjahre und — von rudimentären Formen abgesehen — nie nach dem 22. Lebensjahre auf. Bluterfamilien sollen sehr fruchtbar sein.

Die (superficiellen oder interstitiellen) Blutungen sind traumatisch oder spontan. Die Blutung erfolgt entweder sofort auf das Trauma oder einige Zeit (1/2 Stunde in Hertzka's Fall) darnach. Die leichtesten Wunden können zu schweren, selbst (wie z. B. Incisionen in's Zungenbändchen, rituelle Circumcisionen, Zahnextraction) tödt-



lichen Blutungen führen, während grosse Wunden manchesmal ohne Schaden vorübergehen. Selbst nach Impfstichen sind schon heftige Blutungen beschrieben. — Das anfangs ausfliessende Blut soll ungewöhnlich reich an rothen Blutkörperchen sein. — Von spontanen Blutungen sind solche der Nasenschleimhaut und der äusseren Haut (von Erbsen- bis Handgrösse) die häufigsten, seltener sind Magen-, Darm- und Nierenblutungen; häufig kommen auch pseudorheumatische Gelenksschmerzen und Gelenksschwellungen vor.

Die Dauer der Hämophilie fällt mit der Lebensdauer des betroffenen Individuums zusammen, die der einzelnen Blutungen differirt von einigen Stunden bis zu einigen Wochen. Der häufigste Ausgang ist der Tod. — Von 212 Blutern haben nur 101 das 8., nur 24 das 22. Lebensjahr erreicht (Grandidier), doch sind auch 60jährige Hämophilen beobachtet.

Die Prognose ist um so ungünstiger, in einer je früheren Altersperiode die Krankheit auftritt. Superficielle und andere Blutungen sind gefährlicher als interstitielle und äussere. — Die Prophylaxis hätte durch Heirathsverbot die Entstehung neuer Fälle zu verhüten und im gegebenen Falle jeder Blutung vorzubeugen: Setzung von Wunden (Circumcisionen, Zahnextractionen), Traumen müssen thunlichst verhindert, bei Anämischen Jodeisen, liqu. ferr. sesquichl., kräftige Kost, bei Plethorischen kühle Abreibungen, Plumbum aceticum, Secale dauernd angewendet werden. Alcoholica, heisse Getränke, körperliche Anstrengungen müssen vermieden werden. Haematome sind nur bei Gangrän und nie mit dem Messer zu eröffnen.

Die Therapie besteht zunächst in der Behandlung der Blutungen. H. plädirt für sofortige anzustellende Blutstillungsversuche mit äusseren und inneren Mitteln, sowohl bei spontanen, als auch bei traumatischen Blutungen. Andauernde Compression (bei Blutungen nach Zahnextractionen Hohl's Methode: Applikation einer Druckplatte aus Gold oder Silber auf das blutende Zahnfach) ist von bestem Erfolge.

Hertzka berichtet noch über eine von ihm beobachtete Bluterfamilie. Von 5 Kindern eines phthisischen Vaters (Mutter sehr zart) starb ein Mädchen, 7 Monate alt (kein Bluter), ein 6 Jahre altes Mädchen leidet an Hauthämorrhagien und Epistaxis, ein $2^1/_2$ Jahre alter Knabe ist phthisisch, ein 7 Monate alter Knabe ist kein Bluter, ein zur Zeit der Publication 9 Jahre alter Knabe zeigt seit seinem 17. Lebensmonate Zeichen der Hämophilie (grünblaue, tiefblaue Sugillationen, Epistaxis, Blutungen aus den Alveolen gelockerter Zähne). Im 4. Lebensjahre tagelange Blutung nach einem leichten Trauma. Im 6. Jahre 9 Monate lang dauernde, bald wieder recidivirende Gonitis dextra. Erholung in Bad Pistgan, wo nach Extraction eines schon lockeren Zahnes durch 14 Tage eine geringe Blutung auftrat, die Epistaxis aber aufhörte. November 1878 fühlt der Knabe mehrmals das Blut in den Magen „laufen“ und erbricht bald darauf fast ein Seidel geronnenen Blutes. Ein Jahr darauf trat eine halbe Stunde nach einem Falle auf die Stirne (ohne äusserliche Verletzung) heftige Blutung ein, die durch in ferr. sesquichl. getauchte Tampons gestillt wurde, aber bei jedem Versuche, den Tampon zu entfernen, wieder auftrat, so dass

die Charpie erst nach 2 Monaten entfernt werden konnte. — Zwei Monate später (Januar 1880) fieberhafte Gonitis dextra, wieder ohne jede Veranlassung. In dem geschwellten Gelenke sind nach 12 Tagen härtere Punkte (Blutcoagula) zu palpiren. — Im Februar darauf doppelseitiger Spitzenkatarrh, Hauthämorrhagien fortdauernd. Der Knabe ist intelligent, sein Zahnfleisch stets intact.

K. Bettelheim.

---

2. **Dr. Ehrlich, Beobachtungen über einen Fall von perniciöser progressiver Anaemie mit Sarcombildung.** Beitrag zur Lehre von der acuten Herzinsufficienz. (Charité-Annalen V. Jahrg. St. 198.)

E. veröffentlicht einen Fall, dessen pathologisch anatomischer Theil bereits von Grawitz (Virch. Arch. Bd. 76, St. 323) beschrieben ist.

Der Patient erkrankte zuerst Anfang December mit einem leichten bald vorübergehenden Bronchial-Catarrh. Bald darauf stellte sich zunehmende Schwäche und Müdigkeit ein. Ende Januar fand sich bei dem sehr kräftig entwickelten muskulösen Manne eine tiefe Blässe der Haut mit fahler gelblicher Färbung. Urinmenge etwas vermehrt, am Herzen über den Ostien blasende Geräusche ohne die Zeichen von Klappenfehler. Milz beträchtlich vergrössert, Retinal-Blutungen auf beiden Augen und in der mikroskopisch untersuchten Blutprobe Poikilocythose. Die Mehrzahl der weissen Blutkörperchen sind voluminöse Elemente mit grossem plumpen ovoiden, runden oder bohnenförmigen Kern, kleine Leucocythen mit hohem Tinctions-Vermögen ihrer Kerne sind numerisch beträchtlich vermindert. Am 14. Februar, nachdem seit seiner Aufnahme ein von Nachtschweissen begleitetes unregelmässiges Fieber bestanden hatte und das Körpergewicht um 5 Pfd. zugenommen hatte, stellten sich plötzlich die Zeichen einer acuten Herzinsufficienz mit hohem Puls und Herzdilatation ein und der Kranke starb schnell. Die Section ergab: Allgemeine Anaemie, Dilatation und Hypertrophie des gesammten Herzens mit fettiger Degeneration, Milztumor, maligne Osteomyelitis des humerus, beider Radien und des rechten femur; sowie multiple Tumoren (Fibrosarcome) unter der Pleura und im Marke des rechten femur. Diese Tumoren sind nach Grawitz die Producte der anaemischen Dyscrasie.

An dem verfetteten Herzen selbst fand sich, dass „das Epicard in seinen tiefen Schichten von zahlreichen kleinen ein- oder mehrkernigen Zellen durchsetzt war, die sich durch Kleinheit und starke Färbbarkeit der Kerne leicht von den fixen Bindegewebs-Zellen unterscheiden liessen. Die Infiltration mit Eiterzellen erstreckte sich von hier aus tief in das Herzparenchym hinein und war mit Leichtigkeit bis zur Mitte der Ventrikel-Wand zu verfolgen. Am meisten ausgesprochen waren diese Veränderungen in der Nähe der freien Herzoberfläche, indem hier nicht nur das gröbere Bindegewebe, sondern auch das die einzelnen Muskelfasern von einander scheidende, von lymphoiden Zellen invasirt war“. Weiter einwärts fanden sich zahlreiche vorwiegend capilläre Gefässe, die neben rothen zahlreiche weisse Blut-



zellen führten. Da die Blutuntersuchung nie die Zeichen der Leukaemie ergeben hatte, musste der Befund im Herzen auf eine frische Entzündung zurückgeführt werden. Die Kerne der Muskelfasern waren oft sehr stark vergrössert. Nach Durand ist diese Kernvergrösserung die Folge von Erweichung der Kittsubstanz zwischen den grosskernigen Zellen, nach Weigert, der sie häufig in der Nähe myocarditischer Herde fand, die Folge eines regenerirenden, die Neubildung der Muskelfasern intendirenden Vorganges. Ehrlich hält sie für die Folge von Schwund der Muskelsubstanz und dadurch bedingte vicariirende raumfüllende Vergrösserung der Kerne. Für diese Ansicht spricht der nicht gerade seltene Befund von länglichen Riesenkernen, in deren Pole sich ein die Muskelfaser axial durchsetzender Hohlraum anschliesst, der von einer in Alcohol locker gerinnenden Flüssigkeit erfüllt ist. Diese Vorgänge hätten nur in grösserer Ausdehnung klinische Bedeutung.

Trotz des Befundes von Osteomyelitis haben sich in den häufig entnommenen Blutproben nie Zeichen von Leukaemie gefunden und glaubt Ehrlich (contra Grawitz l. c.), dass diese hier im Knochenmark verlaufenden Prozesse durchaus von denen bei Leukaemie zu trennen sind.

Bartold.

---

3. **Poncet, Gehirnverletzung.** (Gaz. méd. de Paris, Nr. 20. 1880.)

P. zeigt das Gehirn eines jungen Soldaten, an den Folgen eines Typhus gestorben. — Am Os frontis sinistri findet man eine consolidirte Fractur mit einem grossen Substanz-Verlust des vorderen Lappens. Das Os frontis zeigt unmittelbar oberhalb des linken Margo supra orbitalis eine Depression von 6 cm im Diameter. Die äussere Oberfläche ist von Haut überzogen. Die innere Tafel trägt einen grossen Knochen-Splitter, welcher 2 cm in die Tiefe geht. An der Peripherie des Splitters unregelmässige Osteophyten. Die Dura mater hat einen breiten Substanzverlust. Der Falx enthält 2 oder 3 kleine Ossificationen. Die erste Frontalwindung ist in ihrer ganzen Dicke im unteren Theil zerstört, ebenso der unterliegende Theil des Corpus callosum. Der Finger, in den Ventrikel eingeführt, constatirt, dass eine Wand von kaum 1 mm Dicke den Substanzverlust von der Ventrikel scheidet. Die zweite Frontalwindung ist ebenfalls atrophisch in ihrem mittleren Drittel; sie hat die Hälfte ihres Volumen verloren. Die anderen linken Windungen sind normal. Im Ganzen fehlen 9 ccm Gehirnmasse. Die Gliedmassen waren vollkommen symmetrisch, die rechte Seite nicht atrophisch. Von Seiten der Sprache und Intelligenz hatten keine Störungen bestanden, ebenso wenig wie an den Augen und deren Bewegungsmuskeln. Die Anamnese ergab: dass der Mann vor 12 Jahren in einen Brunnen gefallen ist und die Stirn eingebrochen hat. Als Soldat konnte er seinen Dienst thun, war linkshändig, machte die rechte Hüfte sehr hohl, und schien ungeschickt in der Stellung mit den Waffen auf der rechten Schulter. Das Gedächtniss war ausgezeichnet. Niemals hatte der Patient epileptiforme Anfälle gehabt.

Roux.

---



4. **Dr. Kien, Un singulier cas d'éclampsie et de coma prolongé chez un enfant, terminé le huitième jour par la guérison au moyen des douches.** (Gaz. med. de Strassbourg, 1880, No. 7.)

Der vom Verf. ausführlich mitgetheilte Fall betrifft ein 4jähriges Mädchen, das bei einem Spaziergange an einem warmen Nachmittage plötzlich von Convulsionen befallen wurde, die nach einigen Minuten vergingen und einem comatösen Zustande des Kindes Platz machten, der volle acht Tage anhielt. — Die Krämpfe, welche sich am 1. Tage von Stunde zu Stunde wiederholend, immer heftiger wurden, traten nach vergeblicher Anwendung localer Antiphlogose mittelst Eisblase und Hirudines, bei Applikation von lauwarmen Bädern mit kalten Uebergiessungen völlig zurück, während das Coma anhielt. — Auch Letzteres verging, nachdem die folgenden Tage wiederholt Einreibungen von ungt. stibiat. und ciner. ohne Erfolg gemacht worden waren, am 8. Tage, als Kien den Gebrauch lauwarmer Bäder mit kalten Douchen verordnet hatte. — Bezüglich der Diagnose glaubt Verf. eine Meningitis ausschliessen zu dürfen; ebenso wenig Wahrscheinlichkeit hat die Annahme einer meningealen oder ventriculären Hämorrhagie. Desgleichen fehlte jeder Anhaltspunkt für eine Uraemie; auch die Anwesenheit von Helminthen konnte nicht constatirt werden. — Dasselbe gilt von etwaigen Störungen des Respirations-Apparates. — Gegen Epilepsie fällt die die Krankheit begleitende hohe Fieberbewegung (39—40°) in die Waagschale, die erst vom 5. Tage an allmählich in eine normale Körpertemperatur überging. — Darnach bleibt Kien nichts anders, als die Unterstellung einer Insolation übrig. Sie erklärt am ungezwungensten den ganzen Symptomen-Complex des Falles „und auch das Resultat der Behandlung bestätigt bis zu einem gewissen Punkte die Richtigkeit dieser Interpretation". — Bezüglich der vorzüglichen Wirkung der Begiessungen hält Verfass. zwei Möglichkeiten offen: „starke Contraction der Blutgefässe und des ganzen Zellgewebes und dadurch bedingte beschleunigte Resorption des etwa vorhandenen meningealen Ergusses oder eine moleculare Einwirkung auf die mehr weniger gelähmten nervösen Elemente".

Eversbusch (München).

---

5. **Adamkiewicz, Ein Fall von amyotrophischer Bulbärparalyse mit Degeneration der Pyramidenbahnen.** (Charité-Annalen V. Jahrgang, pag. 353—375.)

Die Krankengeschichte betrifft eine Frau von 30 Jahren, die im Jahre 1878 in der Charité aufgenommen wurde. 1870 war die damals schwangere Frau durch die Einberufung ihres Mannes so erschreckt worden, dass sie „eine Zeit lang einer Bildsäule ähnlich dagestanden und am Abend desselben Tages abortirt". Mit dieser colossalen Gemüthsaufregung beginnt eine Erkrankung, die in folgender Weise sich entwickelt:

„Häsitiren der Zunge eröffnet die Reihe der Krankheitserscheinungen. Bald stellen sich gröbere Sprachstörungen ein und die Zunge wird gelähmt. Dann tritt Salivation auf. Das untere Facialisgebiet,



sowie die Kaumuskulatur wird paretisch. Allmählich greift an den Muskeln des Körpers eine allgemeine Atrophie Platz. Es bleiben nur verschont die Sphincteren und die von den Nn. oculomotorii und den Stirnästen des n. facialis versorgten Muskeln. Aber während sich so nahezu in das ganze System der motorischen Function die verheerende Krankheit einschleicht, und diese gesammte Function nach und nach brach legt, bleibt das Gebiet aller Sinnesorgane intact und die Seele gesund — und leider fähig zu erkennen, dass sie als Verbannte lebt in der Welt, die sie sieht und empfindet."

„Es ist nicht schwer, in diesem Complex von Erscheinungen jene Krankheit wieder zu erkennen, welche im Jahre 1860 von Duchenne mit dem Namen der Paralysie progressive de la langue, des lèvres et du voile du palais in die Wissenschaft eingeführt worden ist, von der später Wachsmuth annahm, dass sie ihren Sitz im verlängerten Mark habe und demnach eine „Progressive Bulbärparalyse" sei, und für die schliesslich Leyden aus Rücksicht für die inzwischen thatsächlich nachgewiesenen Veränderungen im verlängerten Mark und für die mit der Krankheit stets einhergehende Atrophie der Muskeln den Namen der „progressiven amyotrophischen Bulbärparalyse" vorschlug."

Die Untersuchung der electrischen Erregbarkeit ergab, dass einige Muskeln, „welche sich weder direct, noch vom Nerven aus faradisch erregen liessen, auf den constanten Strom zum Theil wie gesunde und nur zum Theil wie kranke Muskeln reagirten". — Andere Muskeln boten wieder das Verhalten dar, auf den faradischen Strom zu reagiren, und trotzdem bei Anwendung des constanten Stromes die Erscheinungen der Entartung zu zeigen.

Das verlängerte Mark ist der Sitz einer starken Hyperaemie. Totale Degeneration beider Pyramiden, Veränderung des Hypoglopuskernes durch rareficirtes filziges Gewebe mit ganz vereinzelten kleinen Zellen, gleichzeitig Untergang der Nervenbündel sind die Befunde, die besonders hervorgehoben werden.

In Bezug auf das Verhalten der atrophischen Muskeln wird angeführt, dass sich dieselben im Zustande eines sehr ausgesprochenen Spasmus befanden.

Auf die Hyperaemie des verlängerten Muskels werden zurückgeführt die bei der Bulbärparalyse bekannten Symptome, Nacken- und Halsschmerzen, Brustbeklemmungen, Dyspnoe- und synkopeartige Anfälle.

Die anatomischen Veränderungen in den Centralorganen resumirt A. dahin:

„Vollkommene Degeneration der Kerne des Hypoglopus, eine fast absolute Atrophie sowohl der grossen Vorderhornzellen, als der Zelle des Tractus intermedio-lateralis, eine vollkommene Integrität der Zellen der Clarke'schen Säulen und eine auffällige Veränderung der grauen Grundsubstanz im Bereich der atrophischen Ganglien. Dieselbe war sehr dünn, arm an markhaltigen Fasern, hatte ihr gewöhnliches Aussehen verloren und schien nur aus filziger Neuroglia zu bestehen. (Uebereinstimmung mit Charcot.)

„Die weisse Substanz bot .... eine intensive Degeneration der



Pyramidenbahnen in ihrem ganzen Verlauf, eine leichtere Erkrankung der Vorderstranggrundbündel und der Seitenstrangreste im obern Halsmark und in der Halsanschwellung und dieser Degeneration gegenüber eine Hyperplasie der Hinterstränge dar."

Da die intensivste Degeneration sich auf das Gebiet der Pyramidenbahnen erstreckt, diese ein System von Nervenwegen bilden (Flechsig), die Degeneration aber nicht übergreift auf das benachbarte System der Kleinhirnseitenstrangbahnen, obgleich diese Systeme kein gesondertes Stützgewebe besitzen, so ist daraus zu schliessen, dass es sich hier um eine Systemerkrankung des Parenchyms der Pyramidenfasern, nicht aber um einen interstitiellen Wucherungsprozess, eine Sclerose, handelt.

Diesen Charakter der Systemerkrankung behält die amyotrophische Lateralsclerose jedoch nicht immer, wie sich im beschriebenen Falle ergibt aus dem Uebergreifen der Degeneration auf die seitliche Grenzschicht der grauen Substanz im oberen Halsmark ganz und weiter unten zum Theil.

„Unter solchen Umständen muss zugegeben werden, dass die amyotrophische Lateralsclerose eine Mischform von systematischer und asystematischer Degeneration der Pyramidenbahnen sein kann."

Finkler.

---

6. **Adamkiewicz, Isogalvanische und isofaradische Reaction.** (Charité-Annalen V. Jahrg. pg. 376.)

Isogalvanische Reaction nennt A. die eigenthümliche Erscheinung, dass Muskeln faradisch unerregbar sind, und doch auf den galvanischen Strom in gewöhnlicher Weise (KSz > ASz) also nicht wie kranke Muskeln (ASz > KSz, oder KSz = ASz bei sehr geringen Stromstärken) reagiren. Das Analogon dieses Verhaltens bieten entnervte Muskeln und deshalb scheint A. die isogalvanische Reaction „in denjenigen seltenen Fällen neurotischer Muskelaffectionen vorzukommen, in welchen die Muskelfibrille aus irgend einem Grunde gesund bleibt trotz Degeneration ihres Nerven."

Isofaradische Reaction nennt A. das entgegengesetzte Verhalten kranker Muskeln „ihre Fähigkeit auf den faradischen Strom zu reagiren, aber nicht auf den constanten. Beobachtet bei einer Patientin, die nach Typhus eine Paraparese der Beine behalten hatte, nach neun Monate langer Dauer der Affection. Unter dem Einfluss einer rationellen Behandlung mit faradischen und galvanischen Strömen änderte sich übrigens dieses auffällige Verhalten, so dass erst Entartungsreaction, nachher nahezu normale Erregbarkeit eintrat gleichzeitig mit Zunahme der Gebrauchsfähigkeit. A. schliesst daraus, „dass zwischen faradischer, galvanischer und willkührlicher Erregbarkeit der Muskeln alle denkbaren Variationen vorkommen"; „dass faradische und galvanische Erregbarkeit für sich bestehende, einander nicht beeinflussende, Eigenschaften der contractilen Substanz sind," und dass man mit Eulenburg von specifischer Energie des motorischen Nervenapparates für galvanische, faradische und Willensreizung sprechen darf. Finkler.

---

7. **Dr. Ad. Strümpell, Beiträge zur Pathologie des Rückenmarks.** (Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Bd. X. Heft 3.)

S. beschreibt unter der Hauptüberschrift „Spastische Spinalparalysen“ eine myelitis dorsalis und einen Fall von hydromyelus und systematischer Degeneration in den Seitensträngen, beide mit dem Symptomenbilde der spastischen Spinalparalyse, klinisch ganz ausführlich nebst eingehendem makroskopischen wie mikroskopischen Sektionsergebnisse. Die Hauptveränderung im ersten Falle bestand klinisch nach früherer Syphilis in rasch fortschreitender Lähmung der untern Extremitäten, Rigidität der Muskeln, erhöhten Sehnenreflexen, konvulsivischem Zittern der Beine, besonders links, in Störungen der Sensibilität und der Harnentleerung und schliesslich decubitus; anatomisch fand sich eine diffuse, nicht abgegrenzte myelitis des ganzen obern Brustmarks, auf- und abwärts eine sekundäre Degeneration und daneben eine streng systematische Erkrankung der Kleinhirn-Seitenstrangbahn sowohl nach oben wie nach unten von dem myelitischen Heerde. In dem zweiten Falle, welcher klinisch das Bild der spastischen Spinalparalyse recht ausgeprägt darbot, entwickelte sich bei einem hereditär belasteten Menschen langsam in 14 Jahren eine fast vollständige Lähmung aller vier Extremitäten mit Contrakturen und erhöhten Sehnenreflexen ohne Störung der Sensibilität. Die Sektion zeigte einen hochgradigen, fast durch's ganze Rückenmark sich erstreckenden hydromyelus, eine nicht sehr hochgradige Degeneration der Hinterstränge und eine intensive Degeneration an den der PyS und KlS entsprechenden Abschnitten der Seitenstränge. S. bespricht dann noch mehrere Fälle, welche ganz ähnliche Erscheinungen boten, so bei Compressionsmyelitis, bei einem Gliom des Halsmarks, bei multipler Sklerose des Gehirns und Rückenmarks, chronischem hydrocephalus und nach Abdominaltyphus.

S. erkennt die Berechtigung an, die vorgeführte Form spinaler Lähmungen als „spastische Spinalparalyse“ zusammenzufassen und erblickt in den hochgradig gesteigerten Sehnenreflexen für die Mehrzahl der Fälle das eigentliche Cardinalsymptom, welches trotz gut erhaltener aktiver Beweglichheit zu all' den sogen. spastischen Erscheinungen führt. Eine einheitliche anatomische Grundlage fehlt noch, indess ist die Annahme Erb's einer primär sich entwickelnden symmetrischen Degeneration in den Seitensträngen noch keineswegs ausgeschlossen.

Oebeke (Endenich).

---

8. **Dr. Bensch, Mittheilung eines Falles von paralytischer Ectasie der Trachea.** (Monatsschrift für Ohren-Heilkunde. Juniheft.)

Der Fall wurde in der Poliklinik von Prof. Voltolini beobachtet bei einem Manne von 57 Jahren, welcher seit 3 Monaten an Husten, Heiserkeit, knapper Luft litt; letzter Umstand besonders so stark entwickelt, dass Patient erwerblos war. Während anfangs nur diese Symptome vorhanden waren, traten ziemlich plötzlich nach Verlauf von etwa 4 Wochen eine eigenthümliche Veränderung der Stimme, Verschlucken, sowie Geschwulstbildung am Halse hinzu. Kalte Witterung steigerte den Zustand erheblich. — Die Untersuchung des



Thorax ergibt folgendes: Schall über der medianen Hälfte der fossa supraclavicularis dextra deutlich gedämpft, etwas tympanitisch, entsprechend links laut tympanitisch mit amphorischem Beiklang; Schall über der Lunge sehr laut, auffallend hoch. In der lateralen Hälfte der fossa supraclavicularis beiderseits schwaches vesiculäres Inspirium und unbestimmtes Exspirium, verdeckt durch grossblasiges Rasseln; in der medianen Hälfte rechts $3^1/_2$ cm, links schon 6 cm. von der Mittellinie entfernt zunehmend lautes fortgeleitetes tracheales Athmen, am lautesten nicht in der Mittellinie, sondern 2 cm nach links. Während eines Hustenanfalles wölbt sich bei jedem Hustenstoss, bei längerem Sprechen mit angehaltenem Athem, am stärksten aber beim Einwirken der Bauchpresse bei verschlossener Glottis eine Geschwulst von Mannesfaustgrösse hervor. Der Umfang des Halses steigt von 38 cm auf $41^1/_2$ cm. Dieselbe verschwindet unter den Fingern, sobald die obengenannten erzeugenden Momente nicht mehr wirken. Während die Trachea im oberen Theile freiliegt, ist sie im Jugulum nicht mehr palpabel. Dieselbe weicht nach links ab, rechts fühlt man hier dicht an der Trachea einen walzenförmigen, gestreckten Körper und beim leisesten Gegenstoss ein Anschlagen sowie eine Ausdehnung. Ein Defekt im Knorpelgerüst ist nicht aufzuweisen. Die laryngoscopische Untersuchung ergiebt Lähmung des rechten Stimmbandes, das völlig bewegungslos das Lumen halb verschloss. Nach einem Anfall ist starke Dyspnoe und Stridor vorhanden etwa 5 Minuten lang.

Der Zustand erinnert an die alte Bezeichnung Luftkropf. Noch zu Ende des vorigen Jahrhunderts für sehr häufig gehalten, und meist mit gewöhnlichem Struma verwechselt, ist derselbe in neuerer Zeit erst zweimal beschrieben (von Gayet und Devaly). In Deutschland hat nur Dr. Behr 1836 einen Fall von Bronchocele ventosa beschrieben. Virchow bezeichnet mit dem Namen ursprünglich mit der Trachea communicirende, später völlig abgeschnürte cystische Ausbuchtungen der trachealen Schleimdrüsen. Vorliegender Fall ist als Tracheectasie und zwar paralytischer Art zu betrachten. Während es sich in den eben angeführten Fällen der französischen Autoren um Gewebsatrophien handelte, besteht hier rechtsseitige Lähmung der rechten Hälfte der hinteren Wand der Trachea im Zusammenhang mit Stimmbandlähmung und zwar des Oeffners der Stimmritze. Bei Lähmung des Schliessers würde die Ectasie ausbleiben, da die offenstehende Glottis wie ein Sicherheitsventil wirkt. Die zugleich vorhandene Bronchitis begünstigt die Entstehung. Da sich diese beiden Faktoren zusammenfinden müssen, so erklärt sich das seltene Auftreten dieses Krankheitsbildes. Walb.

---

9. **Zander, Fibrom des Herzens.** (Virchow's Archiv, Bd. LXXX. Heft 3, 507.)

Bei einer Frau, die mit den Erscheinungen eines systolischen Geräusches über den Pulmenalklappen, vergrösserter Leber, Eiweiss im Urin, allgemeinem Hydrops gestorben war, fand sich im Septum ventriculorum ein knolliger Tumor, der sich einerseits auf der Vorderfläche



des rechten Ventrikels, andererseits in diesen hinein vorwölbte, so dass das ostium venorum nur noch für eine dünne Sonde durchgängig war. Ein weiterer eiförmiger Lappen ragt in den conus artucosus dexter vor, denselben fast ganz verlegend. Pericardium wie Endocardium liegen entweder dem Tumor direkt auf oder sind durch eine dünne Muskelschicht von ihm getrennt. In der Wandung des rechten Vorhofs sitzt ebenfalls eine flache zweimarkstückgrosse Geschwulst. Der linke Vorhof und Ventrikel wurden durch den Tumor nicht verändert. Letzteres selbst ist vorwiegend ein zell- und gefässarmes Fibrom, an einzelnen Stellen häufen sich Spindelzellen zu einem sarkomähnlichen Gewebe an. Der Tumor des rechten Vorhofs ist ein derbes Fibrom.

**Ribbert.**

---

10. **Kussmaul, Die peristaltische Unruhe des Magens.** (Sammlung klinischer Vorträge. R. Volkmann. Nr. 181. 1880.)

Während in der Regel die peristaltischen Bewegungen nur gesehen werden können bei besonders günstigen Verhältnissen, wie: Dünnheit der Bauchwand, tiefe Stellung des Magens, treten sie manchmal unter dem Bilde sehr lebhafter Thätigkeit, ausgiebiger Bewegung in die Erscheinung, für welchen Zustand K. den Namen: „peristaltische Unruhe“ einführt. Als Ursache dieses Zustandes kannte man bis jetzt Veränderungen, welche Hypertrophie der Muscularis herbeiführten und hielt deshalb die sichtbaren Wellen der Magenbewegung für den Ausdruck einer grob mechanischen Störung. Dementgegen erkennt aber jetzt K. eine Gruppe von Symptomen, bei der jeder Anhaltspunkt für die Annahme einer grob mechanischen Störung fehlt, die peristaltische Unruhe aber besteht, bei gefülltem und bei nüchternem, nur mit Luft gefülltem Magen, begleitet von beunruhigenden subjectiven Beschwerden, auch auf einen Theil des Darmkanals fortschreitend. Für solche liegt der Grund in einer gesteigerten Erregbarkeit des peristaltischen Nervenapparates des Magens; sie ist deshalb als Motilitäts-Neurose anzusprechen.

Diese Auffassung wird illustrirt durch die Krankengeschichte einer nervösen Frau, die Jahre lang durch Symptome der Indigestion gequält wurde. Appetitmangel und träger Stuhl hatten sich zuerst eingestellt und nachdem sie lange Zeit Abführmittel eingenommen, steigerten sich die Magenbeschwerden zu Brechneigung, Brennen in der Herzgrube, Aufstossen, garstigem bitterem Geschmacke. Vor allen Symptomen aber zog die Aufmerksamkeit auf sich „ein unaufhörliches, bald stärkeres, bald schwächeres Gefühl von Wogen und Zusammenziehen der Därme, was ihr keine Ruhe liess und sie am Schlafen hinderte“. Dazu wird ausdrücklich erwähnt, „dass die Frau im ganzen dreijährigen Verlaufe des Leidens nie weder Cardialgie noch Erbrechen hatte, obwohl ihr zuweilen brecherig zu Muthe war.

Zu der früheren Atonie des Magens hatte sich ein Katarrh eingefunden, der hochgradige Abmagerung zu Wege brachte. Symptome von Ulcus dagegen waren nie vorhanden.

Die Untersuchung ergab: 1. Tiefstand des Magens mit subverti-





caler Stellung, 2. mässige Erweiterung, vermuthlich nur des Pylorustheils, 3. die „peristaltische Unruhe“.

Diese 3 Zustände des Magens werden einer eingehenden Analyse unterzogen.

Der Tiefstand des Magens, die Lage der grossen Curvatur unterhalb des Nabels darf nicht ausreichen zur Diagnose einer Ectasie, weil verschiedene Momente die Grenzen des Magens unterhalb der Nabellinie verschieben können: Verticale Stellung des Magens, entweder angeboren oder durch Druck, Schnüren acquirirt, Darmschlingenform des Magens ohne Abwärtsverschiebung des Pylorus können Tiefstand des Magens ohne Erweiterung erzeugen. Oft wird die falsche Diagnose der Magenerweiterung gestützt auf die Geräusche desselben. Die Plätschergeräusche entstehen durch Schütteln flüssiger Massen mit Luft; aus ihnen, wenn sie unterhalb des Nabels gehört werden, eine Erweiterung zu diagnosticiren, ist nur dann gestattet, wenn andere Ursachen des Tiefstandes ausgeschlossen sind. Die Gurr- oder Klatschgeräusche werden nur durch Luft im Magen erzeugt und können deshalb oft bei ganz gesunden Personen vernommen werden.

Eine nur mässige und vermuthlich auf den Pylorustheil beschränkte Erweiterung wurde wahrscheinlich gemacht durch die grosse Breite des Bogens der grossen Curvatur, die Capacität für grosse Gasmengen. Dass für solche der Grund nicht in Stenose des Pylorus oder des Duodenum bestand, ergiebt sich daraus, dass nie Erbrechen bestand, dass die Auswaschungen des Magens nie Reste der vortägigen Mahlzeit erkennen liessen, dass die ersten Auswaschungen des nüchternen Magens am Morgen Galle aus dem Magen herausbeförderten, die bei Stenosen des Pylorus nicht dorthin gelangt. Die Galle gelangt bei vielen Menschen bei nüchternem Zustand in den Magen, nicht aber bei gefülltem Magen. Im nüchternen Zustand besteht demgemäss eine Erschlaffung des Sphincter am Pylorus, es ist demnach die Incontinenz des Pylorus rein physiologisch und kein Zeichen, dass er überhaupt schliessungsunfähig sei.

Der bittere Geschmack im Munde lässt sich nicht ohne Weiteres auf Anwesenheit von Galle im Magen und weiter oben zurückführen; derselbe kommt auch vor, wenn der ausgepumpte Mageninhalt nachweislich frei von Galle ist, kann vergehen nach Kauen von Kalmuswurzel und muss unter Umständen aufgefasst werden als Parästhesie der Geschmacksnerven, eine Art von Paragustie.

Die peristaltische Unruhe des Magens cessirte bei der Kranken, so lange ihr Leiden sich auf der Höhe befand, bei Tage nie, ob bei Nacht, ist zweifelhaft. Die Bewegungen waren im Pylorustheil kräftiger, als im Cardiatheil; es wurden hier, wie überhaupt immer, niemals andere Wellen als von links nach rechts gehende beobachtet. Die Zeit, in welcher die Welle von der Cardia zum Pylorus verlief, betrug 12 Secunden. Bei einem Kranken mit hochgradiger Erweiterung wurde die Zeit auf 1—1½ Minute verlängert. Eigenthümlich ist es, dass die Bewegungen der peristaltischen Unruhe zu beunruhigenden, oft quälenden Gefühlen des Wühlens und Zusammenziehens führen, und dass trotz der heftigen peristaltischen Bewegungen Stuhlverstopfung besteht.



Die Stuhlverstopfung lässt sich in diesem Falle zurückführen auf träge Ruhe des Colon descendens und der Flexura sigmoidea.

Als Ursachen der peristaltischen Unruhe stehen in erster Reihe organische Stenosen des Pylorus durch Narben, oder Neubildung, narbige Bindegewebsmassen nach Perigastritis, Fibrome, Lipome, Drüsenhypertrophien, Cysten und Polypen, bindegewebige und muskuläre Hypertrophie des Pylorus infolge chronischer Katarrhe, angeborene Stenose des ostium, Compression des Duodenum durch Wanderniere, durch Zerrungen infolge von Hernie. Vorübergehend kommt vollständiger Verschluss zu Stande, welchen K. früher erklärte durch Zug an der grossen Curvatur und dadurch herbeigeführte Verengerung (Schlitz) des Pylorus, eine Erklärung, welche jetzt dahin etwas modificirt wird, dass durch Zug und Zerrung Abknickung des Duodenum zu Stande komme, oder dass durch Rotation des Magens Axendrehung des Duodenum herbeigeführt werde.

Nächste Ursachen nach den organischen Stenosen sind spastische, durch reflectorischen Krampf des Sphincter (bei Geschwüren etc.) und auf umschriebene Bezirke eingeschränkte Ausschaltung der Muskulatur des Magens. Auch die cirrhotische Gastritis kann zur Erweiterung führen.

Von allen mechanischen Hindernissen führen zu den hochgradigsten peristaltischen Unruhen die chronischen Geschwüre und narbigen Ringe am Pylorus, theils weil bei langer Dauer und erst spät eintretender Kachexie die muscularis Zeit zur Hypertrophie hat, theils weil als unterstützendes Moment der chemische Reiz freier Säure fortwährend wirkt.

Bei den durch andere Ursachen bedingten Magenerweiterungen ist die peristaltische Unruhe eine Seltenheit, weil es nicht zur Hypertrophie der Muscularis kommt. Es sind dies die sog. atonischen Magenerweiterungen, bedingt durch: Schwäche der Muskulatur bei Chlorose etc., Schwäche und Lähmung der bewegenden Nervenfasern, torpor peristalticus, d. h. herabgesetzte Erregbarkeit des peristaltischen Nervenapparates, Hemmung der peristaltischen Thätigkeit. Diese disponirenden Momente werden unterstützt durch verticale Stellung, Adhäsionen, vor allem durch Katarrhe und Belastung durch Ingesta, denen die Muscularis nicht gewachsen ist.

Die bei dieser atonischen Erweiterung auftretende peristaltische Unruhe ist eine besondere Form, die ihren Grund in einem ungewöhnlichen Verhalten des Nervensystems, vielleicht einer gesteigerten Erregbarkeit des peristaltischen Nervenapparates des Magens hat; der grob mechanisch bedingten gegenüber sei sie als nervös bezeichnet. Analoge Erscheinungen kamen bei Hysterischen etc. auch an den Därmen vor, welchen Tormina intestinorum nervosa in Parallele zu setzen die Tormina ventriculi nervosa.

Analog wie in der mitgetheilten Krankengeschichte das Leiden der Digestionsorgane sich aus schädlichen Einwirkungen auf das Nervensystem ausbildete, konnte es in einem zweiten mitgetheilten Falle aus sexueller Reizung und einer bestehenden Parametritis chronica atrophicans erklärt werden.

Bei der ersten Kranken war durch Electrisiren des Magens mit

inducirten Strömen und morgendlichen Ausspülungen mit lauem Wasser, und die Durchführung leichter Diät hochgradige Besserung erzeugt: Abnahme der anormalen Sensationen, besserer Appetit, guter Schlaf, Zunahme des Körpergewichts.

Finkler.

---

11. **F. Eckhard, Ueber den Einfluss des Chloralhydrats auf gewisse experimentell zu erzeugende Diabetesformen.** (Arch. f. exper. Pathologie und Pharmakologie. Bd. XII. H. 4. S. 276—282.)

Eckhard stellte sich die Aufgabe, die Einwirkung des Chloralhydrats auf die Zuckerausscheidung durch den Harn in Folge bestimmter Eingriffe auf den Organismus, zu erforschen. Er erzeugte Diabetes bei Kaninchen durch den Diabetesstich nach Eckhard's Methode (Beiträge zur Anat. u. Phys. IV. Bd. 1869. S. 11), sowie durch ausgiebige Verletzungen des Wurmes. Vorher injicirte er den Thieren durchschnittlich 1,0 Gramm Chloralhydrat subcutan, sehr häufig nach 2—3 Stunden nochmals 0,25 Gramm. Der Harn von 3—4 Stunden nach der Operation wurde gesammelt, mit dem wässerigen Eindampfrückstande desselben die Gährungsprobe angestellt. Dieselbe fiel stets negativ aus, und zwar nach jeder der beiden angeführten Operationsmethoden. Mit Ausnahme eines Falles fehlte auch bei vorher mit Chloralhydrat behandelten Thieren die nach Verletzung des Wurms in der Regel auftretende Harnvermehrung.

Verf. kehrte dann die Versuche um in der Weise, dass er zuerst den Wurm einschnitt, dann, nachdem in einer Stunde der Harn stark zuckerhaltig geworden, subcutan 1,0 Gramm Chloralhydrat injicirte. Das Resultat war, dass der Zucker aus dem Harn nach Ablauf einer weiteren Stunde verschwand, während beim nicht chloralisirten Thier nach den Angaben des älteren Eckhard der, nach Wurmverletzung auftretende Diabetes viel länger anhält.

Zu einem gleich negativen Resultat hinsichtlich der Zuckerausscheidung durch den Harn gelangte Eckhard bei einer weiteren Versuchsreihe, in welcher durch längere, in Intervallen fortgesetzte Vagusreizung bei chloralisirten Kaninchen reflectorisch Diabetes zu erzeugen versucht wurde. Normale, nicht mit Chloralhydrat behandelte Thiere scheiden unter der angeführten Bedingung nach einer Stunde Zucker durch den Harn aus.

Bei Hunden, welche während der Chloralnarkose mit Kohlenoxydgas vergiftet wurden, zeigte sich das Chloralhydrat ohne Einfluss auf das Auftreten des Kohlenoxyddiabetes.

Die Erfolglosigkeit des Diabetesstiches bei chloralisirten Kaninchen veranlasste den Verfasser, Chloralhydrat bei zwei Diabetikern zu versuchen. In dem einen, vom Verf. selbst beobachteten Falle nahm Menge und Zuckergehalt des Harn beträchtlich nach dem Chloralgebrauch ab, bei dem zweiten Patienten soll sich die Urinmenge erheblich vermindert haben. Verf. empfiehlt daher das Chloralhydrat zur weiteren Prüfung auf seinen Nutzen bei Diabetikern.



Dass der Harn von solchen Kranken, welche Chloralhydrat innerlich genommen hatten, in der Wärme Kupferoxyd reducire, ist von mehreren Beobachtern constatirt worden. Dieses Reductionsvermögen rührt indess nicht von einem etwaigen Zuckergehalt her, wie Feltz und Ritter annahmen, sondern von der Urochloralsäure, dem von v. Mering und Muskulus im Harn nachgewiesenen Umwandlungsprodukt des Chloralhydrats. Eckhard fand seinerseits, in Uebereinstimmung mit den letztgenannten Forschern, dass der Harn chloralisirter Kaninchen wohl reducirende aber nicht gährungsfähige Eigenschaften besass. Jedoch stellte es sich bei weiteren Versuchen heraus, dass Zusatz von Chloralhydratlösung zu einer Traubenzuckerlösung gährungswidrig einwirke. Da nun fernerhin bei Chloralgebrauch im Harn Chloral gefunden wurde, letzteres aber bei einer nur geringen Menge von gleichzeitig im Harn vorhandenem Zucker dessen Gährungsfähigkeit paralysiren konnte, so entfernte E. in seinen Versuchen stets das etwa vorhandene Chloral durch Eindampfen des Harns zur Trockne und längeres Erwärmen des Rückstandes auf dem Wasserbade, damit sich sämmtliches Chloralhydrat verflüchtigen konnte. Dann erst nahm er den Rückstand mit Wasser auf und stellte in bekannter Weise die Gährungsprobe an. Schulz.

---

12. **Dr. Dassein, Les stigmates de Mais.** Maisstygmata. (L'Union méd. Nr. 14. 1880.)

13. **Dr. Dassein, Les stigmates de Mais dans les affections de la Vessie.** Maisstygmata bei Blasenaffectionen. (L'Union méd. Nr. 42. 1880.)

Verschiedene Aerzte haben von dem Mittel bei Nierenkoliken und Blasenkatarrhen gute Wirkung gesehen; Anregung der Diurese bemerkte Landrieux. Beschaffenheit des Bodens, Climas, Zeit und Art der Ernte, Art der Trocknung der Stygmata sind von Einfluss auf Gehalt des extrahirbaren Stoffes, so dass dieser von 8 bis 30 % wechseln kann.

Von Präparaten sei der Syrup dem Infus vorzuziehen. Die Dosis sei 1—2 gr des Extracts, die in 2—4 Esslöffel des Syrups enthalten sind.

Die Wirksamkeit wird gezeigt in einer Anzahl von Krankengeschichten, in welchen Heilungen von Blasenblutungen, Tenesmus, Blasenkatarrhen angegeben werden.

Roux.

---

14. **Dr. Debout-d'Estrées, Traitement de l'incontinence d'urine par l'emploi de l'eau de la source du Pavillon en boisson.** Behandlung der Incontinentia Urinae durch Trinken des Pavillon-Brunnenwassers. (Gaz. méd. de Paris, No. 20, 1880.)

Die Schlussfolgerungen aus den Beobachtungen des Verf. sind:

1. Das Wasser von Contrezéville, 40 Centiliter bis 1 Liter in 24 Stunden, nach Alter des Patienten, hat bei 10 von 13 Kranken befriedigende Resultate geliefert.



2. Die Wirkung dieses Mineralwassers erklärt sich in einer Reizung der Contractilität und Tonicität der Blase.

3. Contraindicirt ist es, wo die Affection verbunden ist mit einer übermässigen Contraction der Muskelfasern; hier ist Belladonna besser am Platze.

Die Bequemlichkeit und Unschädlichkeit der Anwendung bilden seinen Hauptvortheil. Roux.

---

15. **Dr. R. Burkart, Die chronische Morphiumvergiftung und deren Behandlung durch allmälige Entziehung des Morphiums.** (Bonn, 1880.)

Verf. behandelte in seiner Anstalt in Marienberg-Boppard 36 Pat. an chronischem Morphinismus mittels allmäliger Entwöhnung und ist mit seinen Curerfolgen so zufrieden, dass er seine Methode hoch über die von Levinstein empfohlene plötzliche Entziehung stellen zu dürfen glaubt. Hauptvortheil seiner Behandlungsmethode ist deren Ungefährlichkeit; so schwere Inanitionssymptome, wie sie von Levinstein beschrieben werden, sah Verf. bei seinen Patienten niemals. Die Cur dauert nicht wesentlich länger, als bei plötzlicher Entziehung; im Allgemeinen schwankt die Dauer zwischen 15 und 25 Tagen; bei besonderen Schwächezuständen kann sie bis zu 7 Wochen betragen. Nachdem der Patient Alles abgegeben, was mit Morphium in Verbindung steht, und dafür das Versprechen erhalten hat, dass ihm Morphium verabreicht wird, sobald es nöthig ist, beginnt die Behandlung. Am ersten Tage injicirt Verf. dieselbe Quantität des Alkaloides, welche der Kranke in der letzten Zeit selbst gebrauchte, und zwar werden in geordneten regelmässigen Intervallen 2—3—4 Injectionen pro Tag gemacht. Vom zweiten Tage an verringert Verf. die Dosis pro die consequent um 0,3 — 0,2 — 0,01 — 0,005, indem er Anfangs grössere, später kleinere Quantitäten entzieht. Bei Tagesdosen von 0,5 Morphium und darüber erhalten die Patienten Morgens zwischen 7 und 8 Uhr und Abends zwischen 8—9 Uhr eine grössere Injection, während Mittags vor Tisch und Nachmittags eine kleinere Quantität injicirt wird. Zuerst werden alle 4 Injectionen gleichmässig verkürzt, später, sobald die Appetenz abnimmt, wird der zweiten Tagesinjection nichts mehr entzogen. Die Nachmittagsinjection kann zuerst ganz fortgelassen werden, dann folgt die Mittags-, darauf die Morgen- und endlich die Abendinjection. Zuweilen sah Verf. von einer Verschiebung der Injectionszeiten grossen Vortheil. Neben dem Morphium erhalten die Patienten in allen Fällen Opium per os zugeführt und zwar Opium pur. 0,03 — 0,04 — 0,07 — 0,09 1—2—4 Mal täglich oder auch entsprechende Dosen von Tinctura Opii simplex. Darauf führt Verf. den leichten Verlauf seiner Entwöhnungscuren zurück; die methodische Substitution von Opium an Stelle des subcutan injicirten Morphium ist das Characteristische, der Kernpunkt seiner Methode. Anfang und Dosirung der Opiumzufuhr macht Verf. abhängig von der Intensität der Abstinenzerscheinungen; gewöhnlich beginnt er damit, wenn das gewöhnliche Morphiumquantum auf die Hälfte oder auf ein Drittel reducirt ist und setzt dieselbe erst



mehrere Tage nach der letzten Morphiuminjection ganz aus. Als weiteres wichtiges Unterstützungsmittel wendet Verf. die verschiedenen Badeformen an; am meisten empfiehlt er Salz-Vollbäder von 25° R. und 5—8 Minuten Dauer oder Halbbäder von 25—23° R. mit gleichzeitigen Uebergiessungen. Gegen Erschlaffungszustände erhalten die Kranken vom Anfang der Behandlung an täglich ½—1 Flasche älteren Rheinweines und wenn stärkere Stimulantien erforderlich sind 100—200 Gram Cognak. Mittels dieser Methode gelingt es fast sicher, die Kranken momentan von ihrer Sucht zu befreien, leider aber verfallen dieselben allzu leicht in den früheren Fehler. Selbst die Patienten, welche von dem Leiden, wegen dessen ursprünglich die Injectionen gemacht wurden, vollständig geheilt sind, deren Organe nach vollendeter Cur sich in normalem Zustande befinden, sind vor Recidiven nicht sicher. Angenehme, anregende Beschäftigung ohne Ueberanstrengung, sorgenfreies Dasein in einer Umgebung, welche den Patienten gewissenhaft beobachten kann ohne ihm unangenehm zu werden, sind ihm unerlässlich nothwendig, um die zeitweise auftretende intensive Sucht noch überwinden zu können.

Mit Rücksicht darauf, dass viele Symptome der Krankheit auf Störungen in dem Erregungszustande der sensitiven und vasomotorischen Hautnerven beruhen und dass dieselben nicht gleichzeitig mit der Entziehung des Giftes verschwinden, empfiehlt Verf. seinen geheilten Patienten eine mehrwöchentliche Kaltwassercur, welche nach einigen Monaten mit Vortheil zu wiederholen ist.

Ist das ursprüngliche Leiden nicht zu beseitigen, so muss man zufrieden sein, wenn es gelingt, das gewohnte tägliche Morphiumquantum auf ein möglichst ungefährliches Maass zu beschränken. — Hat der Morphiumabusus bei schwachen Individuen viele Jahre gedauert und ist es in Folge desselben bereits zu bleibenden Veränderungen in den Organen gekommen, so ist die Entziehung des Morphiums zu wiederholen.

Oft auch zwingen nach glücklich überstandener Cur schwere Reconvalescenz oder während derselben Recidive des ursprünglichen Leidens den Arzt zur erneuten Application reichlicher Morphiuminjectionen.

Weniger schwierig, als die Verhütung von Recidiven ist die Prophylaxis des Leidens. Alle von der Medicinalbehörde gemachten Verordnungen haben sich als unwirksam erwiesen. Das einzige wirksame Bekämpfungsmittel ist die Belehrung der Aerzte und vorab auch die Belehrung des Publikums. Wenn Arzt und Laie die verderblichen Folgen des gewohnheitsmässig zugeführten Giftes kennen, wird auch der Abusus Morphii seltener werden.

Bezüglich der interessanten Abhandlung über Geschichte, Aetiologie, Statistik und Symptomatologie des chronischen Morphinismus sei auf das Original verwiesen.

Hilgers.

---

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen nebst Titel und Register.

# Centralblatt
für
# KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigirt von

**Dr. H. Rühle,** Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

**Dr. D. Finkler,** Privatdocent und Assistent an der medicin. Klinik in Bonn.

**1880.** **28. Juli.** **Nro. 22.**

**Inhalt.** Referate: 1. **Eberth**, Die Organismen in den Organen bei Typhus abdominalis. — 2. **Salkowski**, Chemische Untersuchung von Leber und Milz in einem Fall von lienaler Leukämie. — 3. **Litzmann**, Ein Beitrag zur Kenntniss der spinalen Lähmung bei Neugeborenen. — 4. **Brodie**, Leçons sur les affections nerveuses locales. — 5. **René**, L'audiomètre, application du téléphone à la mesure de l'acuité auditive. — 6. **Raynaud**, Pneumonies insolites. — 7. **Jurasz**, Ueber den phonischen Stimmritzenkrampf. — 8. **Moore**, Report of the history of a family, three members of which are the subjects of pseudo-hypertrophic muscular paralysis. — 9. **Roth**, Ueber das Vas aberrans der Morgagnischen Hydatide. — 10. **Abbe**, On Chyluria and the Filaria sanguinis hominis. — 11. **Lewin**, Ueber die Wirkung des Pilocarpins im Allgemeinen und auf die syphilitischen Processe im Besonderen. — 12. **Cheesman**, On the use of Cerium Oxalate for the relief of cough. — 13. **François-Franck**, Histoire et Critique sur la fixation dans le foie des substances toxiques introduites dans l'Estomac. — 14. **Binz**, Ueber Pilze in arzneilichen Flüssigkeiten.

### 1. Eberth, Die Organismen in den Organen bei Typhus abdominalis. (Virchows Arch. Bd. LXXXI S. 68.)

Die bisherigen Beobachtungen über das Vorkommen von Mikroorganismen in den Lymphdrüsen und der Milz bei Typhus abdominalis waren widersprechend oder zu beschränkt. Verf. untersucht daher von Neuem. Er legt Lymphdrüsen und Theile der Milz in fleissig erneuerten Alkohol und zwar jedes Stück für sich, und untersucht nach der Härtung. Er findet nun Organismen theils nur in geringer Menge, theils so massenhaft, dass auf einen mikroskopischen Schnitt 2 und mehrere Coccenhaufen kommen. Die Präparate, mit Essigsäure aufgehellt, lassen bei schwacher Vergrösserung die Pilzmassen als graubraune Flecke erkennen. Die Colonien sind nicht scharf conturirt, sondern lösen sich in die Peripherie auf. Die Pilze liegen in den Lymphdrüsen zwischen den Lymphzellen, in der Milz zwischen den Pulpaelementen. Eberth traf unter 23 Fällen 12 mal Organismen, und zwar immer in den Lymphdrüsen, 6 mal in der Milz, in den ersteren immer reichlicher. Als Mikrococcen kann man die fraglichen Pilze nicht eigentlich bezeichnen, da sie stäbchenartig sind, mit abgerundeten Enden. Aus den zusammengestellten 23 Fällen scheint hervorzugehen, dass mit der längeren Dauer der Krankheit die Zahl der Bacillen abnimmt, ferner dass letztere in der 2. Krankheitswoche häufiger sind. Dem



Vorwurf, dass die gefundenen Organismen nur entweder Fäulnissorganismen seien oder doch mit dem Typhus nichts zu thun hätten, begegnet Verf. mit verschiedenen Punkten. Einmal liess er Leichen bis zu 50 Stunden und länger liegen und fand trotzdem in mehreren derselben keine Organismen, obwohl durch das Vorhandensein von Geschwüren Gelegenheit zum Eindringen von Fäulnissorganismen gegeben war. Gegen letztere Eigenschaft spricht auch die Localisation, da sie nur in Lymphdrüsen und Milz sich finden. Ferner muss die geringe Färbbarkeit der Typhusbacillen mit Bismarckbraun und Methylviolett gegenüber der Neigung der Fäulniss- und Diphtheritisorganismen zur Aufnahme des Farbstoffes hervorgehoben werden. Somit müssen die Organismen wohl als zum Typhus in Beziehung stehend betrachtet werden. Ribbert.

---

2. **Salkowski, Chemische Untersuchung von Leber und Milz in einem Fall von lienaler Leukämie.** (Virchow's Archiv. Bd. LXXXI. S. 166.)

Leber und Milz in einem Falle von Leukämie zeigten grossen Reichthum an Charcotschen Krystallen. Das war die Veranlassung zu ihrer genaueren chemischen Untersuchung. Von dem fein zerhackten Leberbrei wurden 2500 Grm. mit 10 Liter Wasser extrahirt, filtrirt, der Rückstand ausgewaschen. Die Auszüge wurden eingedampft und mit dem doppelten Volum Alkohol versetzt. Es entstand eine klebrige Fällung (A). Letztere wurde nach dem Filtriren mit Alkohol nachgewaschen und der Auszug eingedampft. Aus ihm schieden sich weisse kreideartige Körper in Menge ab (B). Von letzteren wurde noch ein kaltes Filtrat (C) genommen, sowie ein zweites nach Kochen der weissen Masse (D). B war fast nur Leucin. C enthielt Hypoxanthin und anderweitige Xanthinkörper. D lieferte 0,864 Grm. Leucin. A gab die Reactionen des Bence-Jones'schen Proteindeutoxyd, aber nur schwach. A war daher jedenfalls der Hauptmasse nach nicht Hemialbumose, sondern aus anderweitigen Gründen den peptonartigen Körpern zuzurechnen. Verschiedene Umstände führen dazu, diesen Peptongehalt der Leber nicht als durch Fäulniss herbeigeführt, sondern als präformirt anzusehen. Das vorhandene Hypoxanthin, dem Salomon keine für die Leukämie specifische Bedeutung zuschreibt, hält Verfasser in Anbetracht der grossen Mengen, in denen es sich gewöhnlich findet (im vorliegenden Fall 0,2426 Grm.), dennoch für charakteristisch, wenn auch vielleicht zum Theil erst nach dem Tode gebildet. Die Milz wurde nach denselben Methoden untersucht und gab ähnliche Resultate, vor Allem auch das Vorhandensein von peptonartigen Körpern.

Ribbert.

---

3. **Litzmann, Ein Beitrag zur Kenntniss der spinalen Lähmung bei Neugeborenen.** (Archiv f. Gynaekologie. Bd. XVI. Heft 1.)

Entbindung einer Multipara mit allgemein gleichmässig verengtem Becken. Extraction der Frucht ohne besondere Schwierigkeiten. Zug an derselben, wenn auch kräftig, so doch nicht excessiv. Trotzdem



Lähmung der untern Extremitäten und der Bauchmuskulatur bei dem Kinde, welche sich nur langsam besserte und auch einer electrischen Behandlung nicht ganz wich. L. führt diese Lähmung auf eine unter der Geburt entstandene Läsion des Rückenmarkes zurück, welche wahrscheinlich in dem Abschnitte der Lendenanschwellung seinen Sitz habe. Aeusserlich war eine solche Läsion durch nichts gekennzeichnet. L. führt die Lähmung auf einen während der Geburt erfolgten Bluterguss in den Wirbelkanal zurück, der entweder „zwischen diesem und der Dura mater oder vielleicht wahrscheinlicher im sogenannten Arachnoidealsacke, resp. im Subarachnoidealraume“ seinen Sitz habe. Bezüglich der Ursache der Blutung spricht sich L. dafür aus, dass dieselbe nur zum Theil in der bei keiner Extraction an den Füssen zu vermeidenden Zerrung zu suchen sei, „sondern vorzugsweise in der, durch die mehrfache Umschlingung der dünnen Nabelschnur veranlassten Circulationsstörung, deren Intensität sich durch die jähe Abschwächung des Fötalpulses kund gab.“ Die langsame theilweise Besserung sei als ein Zeichen der allmäligen Resorption zu betrachten. — L. hebt ferner die Häufigkeit spinaler Blutungen unter der Geburt hervor, bezüglich welcher ich auf das Original verweisen muss. In der Literatur befänden sich nur wenig Angaben über diese Art der Erkrankung, welche von Duchenne in einem besondern Abschnitt unter dem Namen der „Paralysies obstétricales“ beschrieben werden.

Kocks.

---

4. **B. Brodie, Leçons sur les affections nerveuses locales.** Vorlesungen über die localen nervösen Affektionen. Aus dem Englischen übersetzt von Dr. Douglas Aigre. (Le progrès médical, No. 26, 27, 28 und 29, 1880.)

In vielen Fällen von Gelenkaffektionen mit Unbeweglichkeit, heftigen Schmerzen, grosser Empfindlichkeit bei Berührung und einem gewissen Grade von Schwellung der Weichtheile wurde B. dadurch zur Diagnose einer hysterischen Affektion geführt, dass eine Reihe heftiger hysterischer Anfälle auftrat, mit deren Nachlass auch die Gelenkaffektion verschwand. Diese Fälle betrafen niemals Personen, „welche im Schweisse ihres Angesichtes ihr Brod assen“; dagegen glaubt B., dass aus den höheren Klassen der Gesellschaft vier Fünftel der Frauen, welche an Gelenkaffektionen leiden, einfach hysterisch sind. — Die Hüfte ist häufig der Sitz einer Affektion, welche das Bild der Coxitis zu bieten scheint. Doch ist der Schmerz mehr über die ganze Extremität verbreitet und hat seinen Sitz mehr in der Haut als in den tiefer gelegenen Theilen, so dass, wenn man die Haut an den Malleolen kneift, die Kranke mehr klagt, als wenn man den Kopf des Femur heftig in die Pfanne stösst. Die Klagen sind geringer, wenn die Aufmerksamkeit der Kranken abgelenkt wird. Der allgemeine Gesundheitszustand ist besser als bei chronischer Coxitis. Die zeitweilig, bald im Gebiet der ganzen Hüfte, bald local auftretende Röthung und Anschwellung zeichnet sich durch oberflächlicheren Sitz und Mangel der Fluktuation von der bei Coxitis der Bildung eines Abscesses vorangehenden Schwellung aus. Zur Bildung von Abscessen kommt es niemals. Selten magern

die Muskel ab. Ebenso kommt es selten zu Gestaltveränderungen der Hüfte (scheinbare Verkürzung, Schiefstellung des Beckens). Meistens haben die Kranken, um welche es sich hier handelt, das Alter der Pubertät wenig überschritten, die Menstruation ist unregelmässig, der Puls ist klein, sie klagen über kalte Füsse. Häufig finden sich andere Zeichen der Hysterie ausser der Gelenkaffektion. Die Gelenkgegend ist bald heiss, bald kalt. Physische Erschöpfung, moralische Eindrücke begünstigen das Entstehen der Affektion und können dieselbe auch verschwinden machen. Trotzdem die bei organischen Gelenkkrankheiten auftretenden plötzlichen Steigerungen des Schmerzes hier fehlen, sind doch konvulsivische Bewegungen nichts Ungewöhnliches. Lassen Schmerz und Empfindlichkeit nach, so wird Schwäche der Glieder der hervortretende Zug des Krankheitsbildes, zugleich mit vasoparalytischen Erscheinungen. Bei dieser Schwäche und bei allen hysterischen Lähmungen überhaupt „sind es nicht die Muskel, welche dem Willen nicht gehorchen, sondern es ist der Wille selbst, welcher sich nicht geltend macht“. Diese Gelenkleiden verlieren sich langsam oder sie verschwinden plötzlich durch eine der oben genannten Ursachen. Sie können Monate und Jahre lang dauern und betreffen ausser der Hüfte das Knie, das Handgelenk, einzelne Fingergelenke u. s. w. In seltenen Fällen werden auch Personen männlichen Geschlechts befallen.

Andere Formen von Lokalisationen der Hysterie sind Schmerzen im Rücken, welche verbunden mit Schmerzen und Schwäche der Unterextremitäten, Constriktionsgefühl und Convulsionen, Erkrankungen der Wirbelsäule vortäuschen; Urin-Retention, welche zu wirklicher Lähmung und Katarrh führen kann; Aphonie, Tympanites, Hyperästhesie der Brüste. Die Diagnose des hysterischen Charakters dieser Affektionen ergibt sich aus dem Vorhandensein anderer nervösen Symptome und durch den Ausschluss organischer Veränderungen in den betroffenen Theilen. Ein zufälliges Trauma gibt häufig die Ursache zum Eintreten der hysterischen Local-Symptome ab; so z. B. ein Aderlass, ein Nadelstich, ein Bruch der Vorderarmknochen in Fällen, welche B. mittheilt. — Die nervösen Affektionen der Gelenke nehmen nicht immer einen günstigen Ausgang. B. berichtet einen Fall, in welchem Schmerzhaftigkeit und Schwellung des Handgelenks zu Atrophie des Armes mit Contrakturen führte. Um die grosse Verschiedenartigkeit der lokalen hysterischen Symptome zu demonstriren, theilt B. noch viele andere Beispiele mit, unter denen zwei Personen mit Anfällen von Niesen und nachfolgendem wässerigen Erguss aus der Nase bemerkenswerth sind.

Wir sind berechtigt, diese Affektionen für einen Ausfluss des Allgemeinleidens, für hysterische zu halten. Jede dieser Kranken zeigt entweder zu gleicher Zeit oder vorher oder nachher, in höherem oder geringerem Grade, andere Symptome der Hysterie. Die einzelnen Fälle sind niemals gleich; doch gibt es zwischen denselben Beziehungen und Uebergänge, welche in jedem Falle das Allgemeinleiden erkennen lassen. Schwerer ist die Frage zu beantworten, welcher Natur dieses Leiden sei. Bei den Autopsien finden sich die Folgen des Lokalleidens, z. B. der Blasen-Katarrh bei Urin-Retention. Aber niemals gelang es, die feineren Veränderungen des Nervensystems zu entdecken. Die Annahme einer unvollkommenen Entwicklung des Nervensystems scheint

B. eine fruchtbare Hypothese zur Erklärung mancher Frage aus der Pathologie der Hysterie. Die Art der ersten Erziehung als ätiologisches Moment, die Häufigkeit der Krankheit in einzelnen Familien legen diese Annahme nahe. Dass das Nervensystem zeitweilig den normalen Anforderungen genügt, widerspricht derselben nicht; wir finden in der Pathologie viele ähnliche Erscheinungen. Die Annahme wird gestützt durch die Schwäche, die Erschlaffung, die sich in anderen Geweben kund thut, z. B. die Erschlaffung der Gelenke, die Schwäche des Blutkreislaufs und der Innervation (kalte Füsse, schwacher Puls, Cyanose der Nase und der Knöchel).

Bei Besprechung der Therapie hebt B. den Nutzen einer kräftigenden Erziehung und passender Beschäftigung hervor, empfiehlt roborirende Diät und Medikamente neben den Antispasmodica, und sagt, in chronischen Fällen besonderen Nutzen von cuprum sulfur. gesehen zu haben. Im Uebrigen ist die Behandlung dem einzelnen Falle anzupassen. Bei den Gelenkaffektionen bewähren sich besonders bestimmte hydropathische Proceduren. Die Durchschneidung der betr. Nerven ist unwirksam. Auch die vielfach vorgenommenen Amputationen hatten nur in sehr vereinzelten Fällen dauernden Erfolg. Meist recidiviren die Schmerzen in der Narbe und in dem Stumpf. Ausserdem ist in Anschlag zu bringen, dass „1. die hysterischen Symptome häufig plötzlich verschwinden, ohne dass man das Verschwinden genügend zu erklären vermöchte und 2., dass es noch häufiger vorkommt, dass die hysterischen Symptome unmittelbar nach irgend einem starken Eindruck auf das Nervensystem heilen". Hierzu gibt B. eine Reihe von Beispielen.

E. Bardenhewer.

---

5. **Albert René, l'audiomètre, application du téléphone à la mesure de l'acuité auditive.** Das Audiometer, Anwendung des Telephons zur Messung der Hörschärfe. (Gazette des hôpitaux, Nr. 81. 1880.)

Das von M. Hughes erfundene, von M. Ward Richardson zu obigem Zwecke angewendete Audiometer besteht aus einem Masse, auf welchem drei Induktionsrollen aufgewickelt sind, zwei fixe an den Enden, A und B, eine verschiebbare zwischen beiden, C. Wird durch A und B ein elektrischer Strom geleitet, so wird in C ein Strom von entgegengesetzter Richtung inducirt. Mit C ist ein Telephon verbunden. Steht C in der Mitte zwischen A und B und haben A und B gleich viel Windungen, so werden deren Wirkungen auf C sich aufheben, das Telephon bleibt stumm, Nullpunkt. Wird C nach A oder B hin verschoben, so wird der Strom in C hörbar, um so stärker, je mehr C von der Mitte verschoben wird. An dem Masse sind die verschiedenen Grade zwischen dem Nullpunkt 0° und der grössten Intensität des Geräusches, z. B. 200° (wenn C bis an A oder B verschoben ist) abzulesen. Wird die Zahl der Windungen von A verringert, und C entsprechend genähert, so wird der Nullpunkt entsprechend nach A verschoben und die Skala vergrössert. — Bei 0° absolute Ruhe, Niemand hört das telephonische Geräusch. Bei 200° ist die Intensität desselben genügend stark, um von Jedem, welcher



nicht absolut taub ist, gehört zu werden. — **Ward Richardson** fand, dass Unterbrechung der Respiration die Hörschärfe für mehrere Sekunden steigert; dass Rechtshändige mit dem rechten, Linkshändige mit dem linken Ohr besser hören (jedoch mit vielen Ausnahmen); dass die Hörschärfe bei Steigerung des Luftdrucks wächst; dass dieselbe beim Menschen grösser ist als bei Thieren. — **Maillard**, welcher das Instrument etwas modificirte, constatirte unter Anderem, dass das Alter von grossem Einfluss ist; dass Frauen im Allgemeinen besser hören als Männer; dass die Menstruation die Hörschärfe etwas zu vermindern scheint; dass dieselbe vermindert ist im Froststadium des Wechselfiebers, bei morbus Brighti und bei Typhus; dass Salicylsäure und Chinin dieselbe ebenfalls vermindern, letzteres nach einer kurzen primären Steigerung; dass Atropin dieselbe zu vermehren scheint.

Nach R. übertrifft das Audiometer alle anderen Methoden zur Bestimmung der Hörschärfe; dasselbe ist einfach und verspricht wichtige Resultate für physiologische und pathologische Untersuchungen.

E. Bardenhewer.

---

6. **M. Maurice Raynaud, Pneumonies insolites.** Ungewöhnliche Lungenentzündungen. (Gazette des hôpitaux, No. 81, 1880.)

Frau, 54 Jahre alt, guter Gesundheitszustand. Am 31. März Schüttelfrost, Seitenstiche rechts, Husten und Gerstenzucker-farbene Sputa. Bei der Aufnahme charakteristisches Rasseln und Bronchialathmen in der Ausdehnung eines Fünffrankstücks in der r. Achselhöhle, also im mittleren Lappen. Allgemeinbefinden schlecht; grosse Athemnoth und sehr unregelmässige Herzaktion lassen die Prognose ungünstig erscheinen. Am 31. März Entfieberung (37,6⁰); am 1. April physikalische Zeichen fast verschwunden. Der Puls blieb klein und unregelmässig, und ein geringer Grad von Dyspnoe bestand fort. Darauf linksseitige Pleuritis mit 4 Querfinger hoher Dämpfung. Endlich am 4. April wieder Temp. 40⁰, von Neuem Seitenstiche und alle Zeichen der Pneumonie an derselben Stelle wie vorher. Am 11. April Knistern, Temp. 37⁰. Die Herzaktion wird jetzt regelmässig und am 23. April ist die Kranke geheilt. Solche Recidive sind sehr selten.

Der 2. Kranke, 50 J. alt, in geringem Grade Potator, leidet zum 7. Male an Lungenentzündung (6 Mal links, dieses Mal rechts); „falsche Krise“ am 8. Tage, am 10. Tage kleiner pneumonischer Heerd links, tiefer Collaps bei der wirklichen Krise am 11. Tage; am 13. Tage Erguss in das l. Schultergelenk.

E. Bardenhewer.

---

7. **A. Jurasz, Ueber den phonischen Stimmritzenkrampf.** Spasmus glottidis phonatorius. (Deutsch. Arch. f. klin. Med. 26. Bd. 1. und 2. Heft S. 157—170.)

**Schnitzler** hat zuerst im Jahre 1875 einen Fall von Aphonia spastica beschrieben und auf diese bis dahin unbekannte Kehlkopfkrankheit aufmerksam gemacht; später hat dann noch **Schech** zwei einschlägige Fälle veröffentlicht. J., der Gelegenheit hatte, einen sehr ausgesprochenen Fall dieser merkwürdigen Affection genauer zu be-



obachten, theilt die Krankengeschichte mit, gibt eine kurze Beschreibung der drei früher beobachteten Fälle und unternimmt es dann „trotz des spärlichen Materials“, „in allgemeinen Zügen“ ein Bild dieser Krankheit zu entwerfen.

Der Beginn des phonischen Stimmritzenkrampfes ist entweder ein ganz plötzlicher oder ein mehr allmählicher. Die erstere Entwickelungsart scheint ausgesprochenen und hochgradigen Fällen eigen zu sein, während die weniger heftigen Fälle, für welche Schech den Namen „Dysphonia spastica“ vorgeschlagen hat, erst nach einiger Zeit ihre höchste Höhe erreichen.

Ein ursächlicher Zusammenhang des Leidens mit anderweitigen Erkrankungen der Athmungsorgane besteht nicht; dasselbe scheint sich ohne greifbare Ursache, bei sonstigem Wohlbefinden zu entwickeln.

„Das hervorstechendste Symptom des phonischen Stimmritzenkrampfes ist eine mehr oder weniger rapid eintretende Aphonie. Setzt die Krankheit nicht sofort mit ihrer ganzen Heftigkeit ein, so können anfangs noch kurze Sätze oder einzelne Worte annähernd rein und klangvoll ausgesprochen werden, nur kömmt es öfter vor, dass die Stimme in die Fistel überschlägt; schreitet der Process weiter, so geht diese Möglichkeit immer mehr verloren und schliesslich kann auf der Höhe der Erkrankung unter keinen Umständen ein lautes Wort hervorgebracht werden. Dabei ist es charakteristisch, dass, solange die Kranken noch nicht ganz aphonisch sind, sie um so unvollständiger zu phoniren im Stande sind, je mehr sie ihre Aufmerksamkeit auf diesen Akt richten, resp. sich dabei anstrengen. Ebenso wird ihnen die Stimmbildung um so schwieriger, je länger sie genöthigt sind, im Zusammenhange zu reden. Nur ein häufiges Pausiren kann sie vor dem gänzlichen Verluste der Stimme retten. Von nicht geringem Einflusse sind Gemüthsbewegungen jeglicher Art, indem durch dieselben das Leiden meist verschlimmert wird.“

Ein unterscheidendes Merkmal dieser Stimmstörung von anderen liegt in dem starken Gepresstsein der Stimme. Man kann sie nachahmen, wenn man bei verschlossener Glottis und starker Anstrengung der Exspirationskräfte zu flüstern versucht. Unterbricht man diesen Versuch oder hört beim phonischen Stimmritzenkrampf mit dem Phonations-Versuche auf, so folgt nicht eine frische Inspiration, sondern eine Exspiration als Zeichen, dass die für die Phonation bestimmte Exspirationsluft in der Lunge zurückgehalten wurde. „Diese terminale Exspiration markirt sich häufig durch einen plötzlichen Exspirationsstoss, wodurch ein dem Hüsteln oder Räuspern ähnliches Geräusch hervorgebracht wird. In minder heftigen Fällen kann es auch vorkommen, dass die Vocale eines Wortes doppelt phonirt werden, z. B. ei—eins, zwei—ei, i—ich ka—ann ni—icht; die Diphthonge werden dann oft in ihre Componenten zerlegt, wie e—i statt ei, a—i statt ai (Schech).“

Während der Phonations-Versuche tritt constant ein zusammenschnürender Schmerz in der Kehle und ein drückender Schmerz in der Brust auf und lässt sofort mit dem Aufhören des Phonations-Versuches wieder nach. Bei fortgesetztem Phonations-Versuche kann der Brustschmerz so heftig werden, dass es Athemnoth



und Beklemmung verursacht. Sonst fehlen jegliche Respirationsstörungen, selbst bei heftiger Körperanstrengung.

Das Allgemeinbefinden war in den bis jetzt beobachteten Fällen ein gutes. Doch kamen Complicationen von Seiten des Nervensystems zur Beobachtung, die in Form von Krämpfen verschiedene Gebiete befielen und als solche wahrscheinlich in einer gewissen Beziehung zum phonischen Stimmritzenkrampfe standen.

Was den laryngoskopischen Befund anbelangt, so bemerkt man, dass beim Uebergang aus der respiratorischen in die phonatorische Stellung die Aryknorpel und Stimmbänder nicht allmählich, sondern mit einem krampfartigen Ruck der Mittellinie genähert werden und dort angelangt in starrer Spannung in der einmal eingenommenen Stellung verharren. Bei schwerer Erkrankung sind die Stimmbänder bis zum Verschwinden jedes Zwischenraums aneinander gepresst oder sogar übereinander gelegt und von Schwingungen ist an ihnen auch nicht eine Spur zu entdecken; doch sieht man auch dann im Bereiche der Glottis cartilaginea öfters einen Theil der Rima glottidis als einen kleinen dreieckigen Spalt offen stehen. Auch die falschen Stimmbänder können an dem Krampfe theilnehmen, so dass ihre Ränder weit näher aneinander gerückt sind. Alle diese Erscheinungen treten sofort zurück, wenn der Kranke aufhört zu phoniren und anfängt zu athmen.

Aus dem laryngoskopischen Bilde lassen sich die einzelnen Symptome des Leidens ohne Schwierigkeit erklären. „In den schweren Fällen können wegen des festen Verschlusses der Glottis die Lungen nicht entleert werden und es fehlen desshalb auch die zur Erzeugung von Lauten nöthigen Bedingungen: die Schwingungen der Stimmbänder und der zwischen ihnen entweichenden Luft. Bei Erkrankungen geringeren Grades ist die phonatorische Exspiration zwar nicht vollständig vereitelt, aber die übermässig angespannten Stimmbänder werden nur schwierig und theilweise in Vibrationen versetzt, wodurch die Stimme ihre Kraft und Reinheit einbüsst und sich häufig überschlägt. Ereignet sich dabei, dass der Krampf in kurzen Intervallen abwechselnd stärker und schwächer wird, so werden Verdoppelungen und andere Unregelmässigkeiten bei der Aussprache der Selbstlaute vorkommen können." Das so charakteristische Gedrücktsein der Stimme erklärt sich aus der vergeblichen Anstrengung den Krampf zu überwinden, bei Aufwand von mehr Muskelkräften. Das Hüsteln oder Räuspern nach den Phonationsversuchen wird durch das rasche plötzliche Entweichen der Luft unter dem Drucke der angestrengten Exspirationsbewegungen hervorgebracht. Der Schmerz im Kehlkopf ist ein Analogon des bei den meisten anderen spastischen Muskelcontraktionen vorhandenen; der Schmerz in der Brust findet seine Erklärung „entweder in dem Drucke, den die eingeschlossene Luft von den exspiratorischen Kräften erleidet und den sie secundär der Lunge und den Brustwänden mittheilt, oder in einer möglichen Betheiligung der respiratorischen Muskeln, namentlich des Zwerchfells und der Bauchmuskeln an dem Krampfe".

Was das Wesen dieser Krankheit anbelangt, so haben wir es wahrscheinlich mit einem functionellen Muskelkrampfe ähnlich dem Schreiber-, Schuster-, Melker- etc. Krampfe zu thun. Der phonische Stimmritzenkrampf ist also wohl nicht als ein locales Leiden, sondern als der Ausdruck einer centralen Innervationsstörung zu betrachten.



Die Prognose scheint keine ganz so ungünstige, als bei anderen ähnlichen Krampfformen zu sein.

Von den bisher angewandten therapeutischen Massregeln, die J. näher anführt, scheint ihm die Galvanisation des Rückenmarks das rationellste Mittel zu sein. —

Gegenüber der von Schnitzler gebrauchten Bezeichnung „Aphonia spastica“ und der Schech'schen Benennung „Dysphonia spastica“ zieht J. den Namen „phonischer Stimmritzenkrampf“, der auch in klarer Weise den Unterschied von dem respiratorischen Stimmritzenkrampfe bezeichne, vor.

In einem Nachtrag bemerkt J., dass das von ihm entworfene Bild inzwischen durch 6 neue von Fritsche unter dem Titel: „Zur Casuistik der Aphonia spastica“ veröffentlichte Fälle seine weitere Bestätigung gefunden habe. Ungar.

---

8. **Milner Moore, report of the history of a family, three members of which are the subjects of pseudo-hypertrophic muscular paralysis.** Geschichte einer Familie, von der drei Mitglieder von pseudo-hypertrophischer Muskel-Lähmung befallen sind. (The Lancet, Nr. 25. 1880.)

Die Familie besteht aus Vater, Mutter und 7 Kindern, 5 Knaben und 2 Mädchen. — Der Vater ist 36 J. alt, heirathete mit 20 J.; gross, gut gebaut; hat seit 4 Jahren eine Anusfistel gehabt; Bronchialathmen über beiden Lungenspitzen, doch kein Husten, guter Ernährungszustand. Sein Vater starb 78, seine Mutter 76 J. alt. 3 Brüder starben: einer 58 J. alt an Apoplexie, einer 45 J. alt ohne bekannte Ursache und einer nach akutem Rheumatismus. Die einzige Schwester starb an Hüftgelenk-Krankheit in ihrer Kindheit. — Die Mutter ist 38 J. alt, anämisch, mit Pockennarben; hatte die Pocken mit 4 Jahren; heirathete mit 21 Jahren; 9 Kinder und 1 Abortus; die 2 letzten Kinder, 1 Junge und 1 Mädchen starben, 20 resp. 8 Monate alt, an Convulsionen. Die Mutter leidet an Kopfschmerz; profuse Menstruation alle 3 Wochen; Brust gesund. Ihr Vater lebt, 70 J. alt; ihre Mutter starb mit 40 J. an Cholera; 2 Schwestern starben an Phthise, 3 Schwestern sind gesund und haben gesunde Kinder.

Das Alter der 7 Kinder liegt zwischen 6 und 17 Jahren. John 15 J., Abraham 10 J., George 7 J. alt, leiden an der oben genannten Krankheit; die übrigen sind gesund.

J. ist seit 8 Jahren krank; „damals waren seine Waden breit und der Rücken konkav“; er hat allmälig den Gebrauch der Glieder verloren und ist jetzt äusserst abgemagert, schwach und missgestaltet; Körper und Unterextremitäten vollständig unbeweglich; der Kopf muss gestützt werden; nur Vorderarme und Hände wenig brauchbar.

A. hat die Krankheit seit 3 Jahren; er ist wohlgenährt und intelligent; Waden, Beuger der Schenkel und Hinterbacken sehr dick und fest. Er kann nur Kopf und Arme wenig bewegen, Rücken deutlich konkav. Bei geringem Druck an irgend einer Körperstelle erscheint nach einigen Sekunden ein rother Fleck; Nachts gelegentlich incontinentia urinae.

Bei G. traten seit 2 Jahren die ersten Symptome auf, haben aber seitdem wenig zugenommen; er ist muskelschwach, ermüdet leicht; beim Ersteigen einer Stufe oder Aufstehen vom Boden stützt er die Hände auf die Knie; Rücken nur wenig gebogen. — Bei der Geburt dieses letzten Kranken war wohl der Keim zu der Krankheit schwächer geworden, oder die Behandlung (Arsen und konstanter Strom) hat die Entwicklung derselben hintangehalten. E. Bardenhewer.

---

9. **Roth, Ueber das Vas aberrans der Morgagnischen Hydatide.** (Virchow's Archiv, Bd. LXXXI, S. 47.)

Das Vorkommen von Spermatozoen in Hydroceleflüssigkeiten war bisher nur durch die Annahme einer Vermischung von Samencysten- und Hydroceleninhalt vor oder während der Operation erklärt worden. Verf. macht auf eine andere sehr plausible Erklärung aufmerksam. Es ist nämlich eine häufige Anomalie, dass ein Vas aberrans auf der Oberfläche der Morgagnischen Hydatide ausmündet und so eine Verbindung der ausführenden Wege des Hodens mit der Tunica vaginalis propria herstellt. Fünf Fälle von theils doppelseitigem, theils einseitigem freien Ausmünden eines aus dem Nebenhoden entspringenden Vas aberrans dienen als Grundlage. Es kommen aber auch frei ausmündende aber centralwärts geschlossene Kanälchen in der Hydatide vor. Doch dürfen diese nicht ohne Weiteres als vasa aberrantia angesprochen werden, da nach neueren Untersuchungen feststeht, dass solche Kanäle als Homologa der weiblichen Tuben aufgefasst werden müssen. Die Morgagnischen Hydatiden kommen nämlich zuweilen in einer Grösse vor, dass sie ohne Weiteres als rudimentäre Tuben erkannt werden. Beim Weibe konnte übrigens Verf. auch mehrere Male ein vas aberrans beobachten, ausgehend vom Pars ovarium und im Endtheile der Tube oder zwischen den Fimbrien endend. Sehr interessant war ferner ein Fall, wo neben einem als rudimentäre Tube anzusprechenden Kanal in der Hydatide ein Vas aberrans frei ausmündete. Durch diese Beobachtungen ist bei zufällig gleichzeitig bestehender Hydrocele und frei mündendem Vas aberrans die einfachste Möglichkeit für den Samengehalt der Hydroceleflüssigkeit gegeben. Ausserdem findet aber eine Spermatocele der Morgagnischen Hydatide leicht ihre Erklärung in der Erweiterung eines peripher geschlossenen Vas aberrans, sowie auch seröse Cysten der Hydatide durch Erweiterung eines peripher und central geschlossenen Vas aberrans entstanden gedacht werden können. Ribbert.

---

10. **Abbe, On Chyluria and the Filaria sanguinis hominis.** Ueber Chylurie und Filaria sanguinis hominis. (N. Y. Med. Journal. XXXI. S. 129.)

Bei dem regen Verkehr zwischen den Ver. Staaten und den Tropen dürfte das häufige Vorkommen dieser Hämatozoen wohl erwartet werden, obgleich keine Untersuchungen vorliegen, die dieser Erwartung entsprechen. Verf. theilt zwei Fälle von Chylurie mit, bei denen keine Filarien zu finden waren.



Der eine Patient litt schon seit einigen Jahren an Chylurie, war aber niemals in einem heissen Klima gewesen. Weder im Blut noch im Urin waren die erwarteten Hämatozoen zu finden. Behandlung mit Terpenthinöl brachte rasche und dauernde Besserung.

Der zweite Fall betraf eine junge Dame von 18 Jahren, die nur in der Nähe von New-York gewohnt hatte. Dieselbe klagte über Stuhlverstopfung. Schlaflosigkeit, Schmerzen in der Lendengegend und dumpfe Sensationen im Hinterhaupt. Der Urin war milchweiss und ohne charakterischen Geruch. Er hatte ein specifisches Gewicht von 1026 und enthielt etwas Eiweiss. Eine zehnwöchentliche Behandlung mit tonischen, abführenden und diuretischen Mitteln blieb erfolglos. Die Quantität war sehr gering. Die durchschnittliche tägliche Menge betrug nicht ganz 100 Ccm. Nach Gebrauch von ac. gallicum nahm die Urinmenge rasch zu. Die milchige Farbe verschwand allmälig und der normale Geruch kehrte wieder zurück. A. scheint nur den schon lange aufbewahrten Urin und das Blut längere Zeit nach der Erkrankung untersucht zu haben. Er fand keine Filaria.

Bei einem anderen chyluretischen Patienten aus der Insel St. Croix fand man im Harn keine Parasiten, wohl aber in den gelatinösen Massen, die sich nicht selten vorfanden und beim Urinlassen häufig sehr lästig waren. Da Verf. die Untersuchungen von Lewis noch nicht kannte, so wurde das Blut nicht untersucht. Der Urin war sauer und eiweisshaltig mit einem sp. Gew. von 1020. Die tägliche Menge betrug 960 bis 1600 Ccm. Nach vergeblicher Anwendung von Gallussäure bekam Patient Terpenthinöl. Die Symptome nahmen langsam ab und wurde der Urin in wenigen Wochen vollständig normal.

Warren.

---

11. **Prof. Lewin, Ueber die Wirkung des Pilocarpins im Allgemeinen und auf die syphilitischen Processe im Besonderen.** (Charité-Annalen, V. Jahrg., St. 489.)

Die Berliner Charité ist die einzige öffentliche Krankenanstalt Berlins, die Syphilitische aufnimmt und da ihr von einzelnen Gewerkskassen sowie von der Polizei regelmässig die unter sittenpolizeilicher Controlle stehenden Frauenzimmer zugeführt werden, bietet sich dadurch eine verhältnissmässig sichere und werthvolle Unterlage zur Beurtheilung der Heilung bez. des Auftretens von Recidiven bei der Syphilis.

Prof. Lewin prüfte das Pilocarpin wegen seiner besonderen Cardinalwirkungen auf die Schweiss- und Speicheldrüsen. Es wurden innerhalb eines Zeitraumes von 3 Jahren 32 Personen, welche an den verschiedensten Formen der constitutionellen Syphilis litten, mit subcutanen Injectionen von Pilocarpin je 0,015 behandelt und dadurch 25, also 78% geheilt. Bei 7 Kranken, also 22%, trat eine Heilung nicht ein; von diesen litten 2 an schweren Formen der Syphilis, die auch dem Quecksilber oft hartnäckigen Widerstand zu leisten pflegen. Bei ihnen wurde die Behandlung ausgesetzt, als nach grösseren Dosen des Mittels (bis 30 Injectionen) nur ein unvollständiger Erfolg erzielt war und zur Sublimat-Injectionskur gegriffen, die den gewünschten



Erfolg äusserte. Bei den übrigen Kranken wurde nach einer gewissen Reihe von Injectionen die Unterbrechung der Kur nothwendig, weil einmal Endocarditis, einmal Haemoptoe, sowie in 3 Fällen Zeichen von plötzlichem Collaps auftraten. Es stellte sich in dem ausgesprochensten Fall von Collaps, Uebelkeit, Beklemmung, Brausen auf den Ohren ein, das Gesicht wurde blass, die Hände kalt, der Puls klein, die Temperatur sank und nach einiger Zeit von Bewusstlosigkeit blieb noch längere Zeit Schwächezustand und Hinfälligkeit bestehen. Häufige Ohnmachtsanfälle und gestörter Schlaf fanden sich noch in den nächsten Tagen vor.

Unter den Geheilten befanden sich Leute mit breiten Condylomen, fast allen Formen des Exanthems, Pharynxaffectionen, ein Fall sogar betraf eine gummöse Periostitis des Stirnbeins und ein Geschwür am Oberschenkel.

Die Zeitdauer der Kur schwankte zwischen 14 und 43 Tagen und betrug durchschnittlich 34 Tage. Dabei wurde jedesmal durchschnittlich 0,015 des Mittels subcutan applicirt. Die Behandlung durch Pilocarpin könnte noch kürzere Zeit in Anspruch nehmen, wenn alltäglich eine Injection vorgenommen werden könnte. Dies ist jedoch nicht gut durchzuführen, weil selbst bei Ausbleiben von bedeutenden intercurrirenden Zufällen die Patienten sich öfter so angegriffen fühlen, dass man zeitweise einen Ruhetag eintreten lassen muss.

Verf. weist darauf hin, dass die Wirkung des Pilocarpin entsprechend derjenigen des Quecksilbers sei, indem leichtere Krankheitsformen auch eine geringere Dosis des Mittels erforderten, und ebenfalls in Bezug auf die Recidive günstige Resultate zu verzeichnen seien. Während dieselben bei der früheren vegetabilischen und mercuriellen Behandlungsweise 80 % betragen hätten, wären jetzt nur in 6 % bei den leichteren Fällen Recidive aufgetreten.

An Sicherheit des Erfolges jedoch, Schnelligkeit der Heilung, in der Annehmlichkeit der Behandlung stehe dieses neue Verfahren entschieden der subcutanen Sublimat-Behandlung nach, Pilocarpin erzeuge ausserdem noch in Folge seiner diaphoretischen Wirkung eine lange zurückbleibende Empfindlichkeit für Temperatureinflüsse und erfordere daher zumeist eine strenge Zimmerclausur, wie sie bei der Sublimatkur, welche oftmals auf arthritische und rheumatische Processe günstig einwirke, nicht nöthig sei.

Im 2. Theile seiner sehr eingehenden und ausführlichen Arbeit giebt Prof. Lewin eine erschöpfende Uebersicht über die Wirkung des Pilocarpins, gestützt auf zahlreiche eigene Experimente an gesunden und fiebernden Menschen sowie unter ausgedehnter Berücksichtigung der Erfahrungen anderer Autoren.

Er bespricht die Wirkung des Pilocarpin und seiner Salze auf die verschiedensten Organe, besonders auf Schweiss- und Speicheldrüsen. Die unangenehmen, selbst gefährlichen Nebenwirkungen, welche bereits oben erwähnt worden und deren Auftreten die Unterbrechung der Kur bei Syphilitischen nöthig machte, werden noch des Näheren hier besprochen. Es sind dies Uebelkeit, Erbrechen, Kopfschmerz, spastische Erscheinungen, ein Singultus, Lidkrampf, Zittern der Hände, Dysurie, ferner Schwellung der Submaxillardrüse, Körperschwäche mit Neigung



zum Schlaf und sogar Collaps. In je einem Versuchsfalle entstand als Nebensymptom Stomatitis, Purpura und Erysipelas faciei.

In einer späteren Arbeit beabsichtigt Verf. die gefundenen Resultate seiner Experimente an Thieren über die Theorie der Wirkung des Pilocarpins zu veröffentlichen. Bartold.

---

12. **Cheesman, On the use of Cerium Oxalate for the relief of cough.** Ueber die Anwendung des Ceriumoxalats zur Erleichterung des Hustens. (N. Y. Med. Rec. June 12. 1880. S. 664.)

In einer Sitzung der medicinischen Gesellschaft für die Grafschaft (County) New-York berichtete Verfasser über die Resultate der Versuche, die er mit diesem Mittel in dem St. Luke's Hospital anstellte. Bei 28 Patienten, meistens Phthisikern, wurden 69 verschiedene Beobachtungen gemacht. Die Dauer eines jeden Versuches betrug wenigstens eine Woche, in der Mehrzahl der Fälle zwei bis drei Wochen. Während der ganzen Zeit (August—November) fand sonst keine besondere Behandlung des Hustens statt, nur in einigen wenigen sehr hartnäckigen Fällen wurden versuchsweise die gewöhnlichen Mittel in Anwendung gebracht. Auch diese Behandlung (mit Opiaten u. dergl.) lieferte keine besseren Resultate als die mit dem Oxalat. Es wurden drei verschiedene Präparate geprüft; darunter eins von Merck. Man gab das Salz als Pulver in Dosen von 0,3—0,6, ausnahmsweise bis 1,2 — am besten nüchtern. Einige grössere Dosen sind häufigen kleineren vorzuziehen. Gefährliche der Arznei zuzuschreibende Zufälle wurden nicht bemerkt. Einige Patienten klagten über Trockenheit des Mundes nach Gebrauch des Pulvers. In 50 Fällen trat Erleichterung des Hustens ein, nur 11 waren ganz erfolglos. Bei den letzteren war das Präparat zweifelhaft oder befanden sich die Patienten im letzten Stadium der Lungenphthise. Die grösste Erleichterung wurde bemerkt in den früheren Stadien der Phthise oder bei chronischer Bronchitis. Verf. theilte 8 Fälle im Detail mit, sowie mehrere Fälle aus der Privatpraxis andrer Aerzte, die ebenfalls den günstigen Erfolg dieses Medicamentes beobachtet hatten. Bei Pertussis war der Erfolg zweifelhaft. Cheesman fasst seine Meinung über die Anwendbarkeit des Cerium oxalatum gegen Husten also zusammen:

1) Man darf es in Dosen von 0,6 oder mehr dreimal täglich geben und zwar während mehrerer Tage.

2) Das einzige unangenehme Symptom bei einer solchen Dosirung ist eine geringe Trockenheit des Mundes während der ersten Tage.

3) Die Wirkung ist wahrscheinlich am günstigsten, wenn man das trockene Pulver nimmt.

4) Der Erfolg wird erst nach 2—3 Tagen deutlich und dauert der Einfluss des Mittels einige Tage fort, nachdem man den Gebrauch desselben aufgegeben hat.

5) Gegen chronischen Husten ist es Morgens und Abends nüchtern zu nehmen. Im Nothfall kann man einige Dosen den Tag über geben. Die Anfangsdosis für einen Erwachsenen ist 0,3.

6) Es ist in den meisten Fällen ein brauchbares Hustenmittel, wenigstens während einiger Zeit.



7) Es übt keinen störenden Einfluss auf den Magen aus, auf Uebelkeit und schlechte Verdauung wirkt es im Gegentheil sehr günstig.

8) Die käuflichen Präparate sind von ungleichem Werth.

Warren.

---

13. **François-Franck, Histoire et Critique sur la fixation dans le foie des substances toxiques introduites dans l'Estomac.** Geschichtliche und kritische Arbeit über das Verbleiben durch den Magen eingeführter toxischer Substanzen in der Leber. (Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie Nr. 29. 1880.)

Im Anschluss an die jüngsten Arbeiten von P. Héger und O. Jacque über das Verhalten der Leber gegenüber den in den Abdominalkreislauf eingeführten Alkaloiden, giebt Verf. eine kurze historische Skizze der einschlägigen Mittheilungen und im Anschluss daran eine kritische Besprechung der von den Brüsseler Autoren gewonnenen Untersuchungs-Resultate.

Als sicher festgestellt darf angenommen werden nach F. Fr. Folgendes:

1. Von den in die vena port. eingeführten Alkaloiden behält die Leber einen mehr weniger grossen, aber immer sehr ansehnlichen Theil der injicirten Stoffe bei sich.

2. Als der Ort, wo sich diese Stoffe aufspeichern, muss das eigentliche Parenchym der Leber angesehen werden.

3. Die zum Theil negativen Ergebnisse von Héger und Jacque bezüglich des Nachweises der Alkaloide in der Galle und in der Lymphe bedürfen um so mehr einer Revision, als in den Versuchen der genannten Forscher dieser Nachweis für je einen Repräsentanten der Stoffe (Strychnin in der Galle, Nicotin in der Lymphe) schon gelungen ist.

François-Franck findet den Grund für das abweichende Verhalten der verschiedenen Alkaloide darin, dass die vorgenommenen Analysen in einem zu kurzen Zeitabschnitt nach Beginn des Versuches stattfanden. — Eine Verlängerung dieses Intervalles dürfte wohl zu dem gleichen Ergebnisse führen, wie beim Strychnin bezw. Nicotin.

4. Ueber das weitere Schicksal der Alkaloide nach ihrem Austritt aus der Leber sind absolut sichere Anhaltspunkte noch nicht gewonnen. — Bezüglich des Nicotins allein ist mehrmals ein Nachweis desselben im Urin gelungen.

Eversbusch (München).

---

14. **C. Binz, Ueber Pilze in arzneilichen Flüssigkeiten.** (Wiener med. Presse, Nr. 27 und 28.)

Während die ursprüngliche Fowler'sche Lösung (arseniksaures Kali in Wasser) stets einen aromatischen Zusatz, entweder von Lavendel-, Angelica- oder Melissen-Spiritus enthielt und in Folge dessen nicht schimmelte, fehlt nach den Vorschriften der neueren Pharmacopöen dieser Zusatz und bilden sich jetzt, wie B. bereits früher beschrieben (Virchow's Archiv, Bd. 46), wenn das Präparat einige Zeit ruhig an





einem warmen Orte steht, Pilzballen in ihm. Wie B. ferner an erwähnter Stelle bereits mitgetheilt, schimmelt salzsaures Chinin, chemisch rein, in einer beliebig langen Zeit nicht, schwefelsaures Chinin, basisch reagirend, nur schwer und ganz wenig, schwefelsaures Chinin mit ein wenig Schwefelsäure sauer gemacht, bildet hingegen dicke Pilzballen mit grünem Schimmelrasen auf der Oberfläche der Lösung. Dass man jedoch aus dem Umstande, dass Chinin Schimmelfäden tolerire, nicht auch ein gleiches Verhalten gegen die ganz anders gearteten Vibrionen und Bacterien der Fäulniss schliessen dürfe, glaubt B. hinlänglich bewiesen zu haben.

Von der Richtigkeit des früher von ihm aufgestellten Satzes: „Die freie Schwefelsäure ist das prädisponirende Glied zur Pilzbildung . . . ." hat sich B. auch durch neuerdings wieder angestellte Versuche überzeugen können. Wie die Schwefelsäure die Pilzbildung anzuregen vermöge, erklärt er folgendermassen: Die Pilzgebilde bestehen zum Theil aus Eiweiss, das Eiweiss ist ohne Schwefel undenkbar. Schimmelpilze, deren Keime in unfiltrirter Luft und in ungekochtem Wasser im Bereich der menschlichen Wohnungen überall vorhanden sind, sind kräftig reducirende Körper; sie entziehen der Schwefelsäure zuerst ihren Sauerstoff, dann ihren Schwefel und nähren sich mit beiden.

Eine zu starke Menge freier Schwefelsäure lässt die Pilzbildung nicht aufkommen. Aber auch bei neutral bleibender Reaction einer Sulfatlösung, wie z. B. in einer etwa $^1/_5$ % neutralen Glaubersalzlösung, wird die Schwefelsäure nicht angegriffen und bilden sich keine Pilze.

Das Auftreten von Pilzen in Lösungen chemischer Präparate, die als solche nicht schwefelhaltig sind, z. B. des arsenigsauren Kalis, des Chlorkaliums, der Weinsteinsäure, des arabischen Gummis u. s. w., lässt sich auf folgende Gründe zurückführen: Die Substanz enthält noch Eiweissreste, welche den Pilzkeimen das ganze Nährmaterial liefern, wie z. B. beim arabischen Gummi. Oder es hängen ihr von ihrem mineralischen Ursprung her (z. B. der fast durchweg vom Arsenikkies abstammenden arsenigen Säure der Fowler'schen Lösung) oder von ihrer Fabrikation her (z. B. der Weinsteinsäure) Schwefelverbindungen an. Oder die Bestaubung durch unreine Luft hat den nöthigen Schwefel nebst den anderen Elementen ihnen zugeführt.

Auch Nitrit- und Ammonpräparate können, wie B. nachweist, mit Schwefelsäure verunreinigt sein, und dürfte in dieser Verunreinigung die wesentlichste Ursache der von Hager beobachteten Algenvegetation in Nitrit- oder Ammonhaltigem Wasser zu suchen sein.

Auch in einer Bromkaliumlösung (6,0 : 150,0), in welcher sich eine reichliche Entwickelung von Protococcus vulgaris vorfand und in einer frisch bereiteten Bromkaliumlösung konnte B., wie er vermuthet hatte, eine Verunreinigung durch Schwefelsäure nachweisen.

Um das Auftreten von Pilzen zu vermeiden, empfiehlt B. das Verordnen des schwach basisch reagirenden ohne Säurezusatz in Wasser löslichen salzsauren Chinins. Bei Bereitung der Rindendecocte solle man freie Salzsäure, keine Schwefelsäure und keinen Syrup zusetzen.

Die meisten Aufgüsse und Abkochungen verschimmelten, weil sie eben schwefelhaltige Pflanzenauszüge seien, leicht; bei einzelnen, z. B. den Digitalisinfusen, trete die Schimmelbildung besonders rasch ein.



Der Zusatz von Zucker und von Liquor acidus Halleri begünstige das Verschimmeln. Sei nun auch nicht direkt nachgewiesen, dass das Verschlucken von Schimmelballen allein dem Patienten grossen Nachtheil bringe, so müsse man doch daran denken, dass bei der Zersetzung organischer Gemenge durch Wuchern von Pilzen mit Leichtigkeit giftige Dinge entstehen könnten. So fänden sich in v. Böck's Handbuch der Intoxicationen mehrere Vergiftungsfälle dieser Art erzählt. Und selbst die paar Tropfen Fowler'sche Lösung oder das Riechen an ihr könnten schädlich werden, denn es sei eine feststehende Thatsache, dass die arsenige Säure unter dem Einfluss von Schimmelpilzen zu dem ungleich giftiger wirkenden Arsenwasserstoff reducirt werde. Ueberhaupt erscheint B. die Solutio Fowler's wegen der unsichern Dosirung in der gewohnten Tropfenform unpraktisch, und am einfachsten durch den raffinirten weissen Arsenik in Pulver oder Pillen zu ersetzen.

Ungar.

## Neue Bücher.

Barth, De la tuberculose du pharynx et de l'angine tuberculeuse. Paris, Asselin & Comp.

Burot, De la fièvre dite bilieuse inflammatoire à la Guyane; application des découvertes de M. Pasteur à la pathologie des pays chauds. Paris, Doin. 10 fr.

Cantani, Specielle Pathologie und Therapie der Stoffwechselkrankheiten. I. D. Diabetes mellitus, a. d. Ital. von Dr. S. Hahn. 10 Mark. II. Oxalurie, Gicht und Steinkrankheiten. Berlin, Denicke's Verl. 5 Mark.

Desenne, Etude sur l'analgésie thérapeutique locale déterminée par l'irritation de la région similaire du côté opposé du corps. Paris, Parent.

Doussain, Contribution à l'étude des formes cliniques et du diagnostic de la grippe. Paris, Parent.

Faisnel, Contribution à l'étude de la colique saturnine. Paris, Parent.

Forest, Des températures locales dans la chlorose et la tuberculose au début; diagnostic différential. Paris, Parent.

Fothergill, The Practioners handbook of treatement on the principles of therapeutics. Second ed. enlarged. London, Macmillan. 16 sh.

Grellety, Concours d'agrégation en médecine de 1880. Analyse et compte rendu des thèses. Paris, Masson. 3 frs. 50 ctm.

Handbuch der allgemeinen Therapie, herausgegeben von Ziemssen, I., 2. u. 3. Theil. Antipyretische Heilmethoden von Liebermeister; Antiphlogistische Heilmethoden von Jürgensen; percutane, intracutane und subcutane Arznei-Application von Eulenburg. Leipzig, T. C. W. Vogel. 9 Mark.

Mora, Des hémorrhagies dans l'hystérie. Paris, Parent.

Morand, Note sur quelques cas de guérison de l'infection purulente. Paris, Parent.

Neveu, Incontinence d'urine et son traitement. Paris, Parent.

Petitclerc, Des réflexes tendineux. Paris, Delahaye & Lecrosnier.

Pioger, De l'importance de l'hygiène dans la première enfance. Paris, Cocooz.

Quelques réflexions sur l'hypnotisme et le magnétisme. Paris, Masson. 1 fr.

Rambosson, Propagation à distance des affections et des phénomènes nerveux expressifs. Paris, Masson. 1 fr.

Raynaud, Contribution à l'étude de la pneumonie chez les aliéniés. Paris, Parent.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.





Erscheint wöchentlich.
Jeder Jahrgang umfasst
52 Bogen nebst Titel
und Register.

# Centralblatt
für
# KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M.,
zu beziehen durch alle
Buchhandlungen und
Postanstalten.

Redigirt von

**Dr. H. Rühle,** Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

**Dr. D. Finkler,** Privatdocent und Assistent an der medicin. Klinik in Bonn.

**1880.** **4. August.** **Nro. 23.**

**Inhalt.** Original: **Finkler**, Zur Kenntniss des Zusammenhangs zwischen Diabetes mellitus und Pancreaserkrankung. — Referate: 1. Aus dem statistischen Sanitäts-Bericht für die Königl. Preuss. Armee und das XIII. (Königl. Württemberg.) Armeecorps für die 4 Rapportjahre 1. 4. 1874 bis 31. 3. 78. — 2. **Stolnikow**, Hämoglobinurie. — 3. **Gélineau**, De la narcolepsie. **Camuset**, à propos de la narcolepsie. — 4. **Pitres**, sur deux cas de compression de la zone motrice du cerveau, sans troubles correspondants de la motilité. — 5. **Thomayer**, Pneumonie desquamative. — 6. **Carl**, Ueber hepatitis sequestrans. — 7. **Choostek**, Ein neuer Fall von Wanderleber. — 8. **v. Mering**, Ueber die Wirkungen des Quecksilbers auf den thierischen Organismus. — 9. **Bunge**, Ueber die Wirkungen des Cyans auf den thierischen Organismus. — 10. **Lichtheim**, Resorcin als Antipyreticum. — 11. **Rosenthal**, Zur Bildung pflanzlicher Organismen in Arzneien.

## Zur Kenntniss des Zusammenhangs zwischen Diabetes mellitus und Pancreaserkrankung

von **Dr. D. Finkler.**

Es giebt schon eine grosse Anzahl von Beobachtungen darüber, dass Erkrankungen des Pancreas bei Diabetes mellitus vorkommen. Es schien dies eine Combination, welche durch erneute Hoffnung den Eifer der Forscher anspornen musste, über das Wesen des Diabetes Klarheit zu erlangen. Erfolg versprach hier das Experiment, denn das Pancreas ist bei Thieren zu erreichen, es kann zerstört werden, ohne dass der Tod nothwendige Folge wäre. Der Einfluss einer Zerstörung lässt sich also controlliren.

Dahin zielende Experimente sind denn auch wiederholt gemacht worden, aber — Exstirpation, Zerstörung des Pancreas, Unterbindung des Ductus pancreaticus, Alles dies hat noch in keinem Falle Diabetes mellitus bewirkt.

Und dennoch wurden immer wieder Leichenbefunde bekannt, wo scheinbar nichts anderes als Ursache des Diabetes anzusprechen war, als Erkrankungen des Pancreas; sodass noch immer der Glaube an einen Diabetes pancreaticus besteht.

Die Art der Pancreaserkrankung ist dabei keine bestimmte. Man fand in den Leichen von Diabetikern: Neubildungen des Pancreas, Cystenentartung einzelner Theile, Blutungen im Pancreas, Verstopfung der Gänge durch Concrementbildung. Ich glaube, dass gerade die Ver-



schiedenartigkeit der Affection in der Ansicht bestärken muss, dass die Veränderung des Pancreas das primäre, die Erscheinung des Zuckers im Harne das secundäre sei. Umgekehrt wäre viel schwerer zu denken, wie Diabetes mellitus in einem Falle zur Bildung eines Carcinoms, im anderen Falle zur Verstopfung des Ausführungsganges der Bauchspeicheldrüse führen könnte.

Das Interesse für die vorliegende Frage wurde hier besonders erregt durch eine Beobachtung, welche vorletzten Winter auf der hiesigen Clinik gemacht werden konnte. Ein 26jähriger Mensch war als Diabetiker aufgenommen. Lieferte täglich 5 Liter Harn mit durchschnittlich 5 % Zucker. Bald nach der Aufnahme verminderte sich die Harnmenge beträchtlich, das Allgemeinbefinden wurde sehr schlecht, Schmerzen im Leibe, Auftreibung des Leibes, Brechneigung traten auf. Der spärlich gelassene Harn war concentrirt und gab keine Zuckerreaction mehr. Ascites, Oedeme an den Unterextremitäten beginnend. Bei fortdauernder Fieberlosigkeit trat Lungenödem und der Erstickungstod ein, am 4. Tage nach dem Beginn der plötzlichen Erkrankung mit Leibschmerzen.

Die Section ergab, dass das Pancreas stark cirrhotisch verändert war und in seinem Kopfe eine apfelgrosse Cyste trug, die mit frischem Blutcoagulum gefüllt war, der Ductus Wirsung. war erheblich ectasirt. Der Tod war erfolgt durch Compression der vena cava und portar. durch die Blutung in die Cyste des Pancreaskopfes.

Also es bestand eine cirrhotische Veränderung des Pancreas und Cystenbildung im Kopfe desselben bei einem Diabetiker.

Ich glaube, alle bis jetzt gefundenen Veränderungen des Pancreas bei Diabetikern zielen darauf hin, dass Theile der Drüse oder die ganze Drüse vom Darme abgesperrt wird. Oder gibt es etwas anderes, was beispielsweise der Concrementbildung im Ductus Wirsung. und dem Carcinom des Pancreaskopfes gemeinsam ist?

Speciell in unsrem Falle beweist die cirrhotische Veränderung des Drüsengewebes und die Ectasie des Ausführungsganges, dass Rückstauung des Secrets durch behinderten Abfluss stattgefunden hatte.

Obwohl schon ähnliche Versuche ausgeführt sind, unternahm ich es, das Thierexperiment noch einmal anzusprechen. Die Idee, das Pancreas ganz aus dem Körper auszuschalten und dann auf den Eintritt des Diabetes zu warten, schien mir nicht ganz die richtige zu sein. Vielmehr stellte ich mir vor, dass, wenn überhaupt die Ausschliessung der Bauchspeicheldrüse Diabetes hervorbringen kann, der Grund vielleicht darin liege:

Ist der Abfluss des Secretes nach dem Darme behindert, so muss derselbe durch Resorption ins Blut gelangen, so wie Icterus entsteht bei Verlegung des Gallenganges. Das in der Drüse weiter und weiter gebildete Ferment treibe in den Geweben sein Unwesen und bringe auf diese Weise Diabetes hervor, ist eine Betrachtung, die ohne Versuche nicht ganz von der Hand zu weisen.

Bei einem Kaninchen unterband ich die Ausführungsgänge der Drüse, ohne den Gallengang zu zerreissen oder zu verlegen. Ich hatte mich vorher davon überzeugt, dass nicht etwa zufällig Diabetes mellitus bei dem Thiere bestand. Das Thier überstand die Folgen der Operation, ohne dass die Temperatur auf 40° C. gekommen wäre. Innerhalb



achtwöchentlicher Beobachtung war nie eine Spur von Zucker im Harn aufzufinden.

Tag für Tag wiederholte ich die Versuche des Zuckernachweises.

Der Harn wurde eingedampft, mit kaltem absolutem Alkohol gewaschen. Dann mit heissem Alkohol extrahirt, eingedampft, mit Wasser aufgenommen und nun Zuckerreaction versucht. Niemals auch nur eine Spur zu finden. Minimale Mengen Traubenzucker dem Harn zugesetzt liessen sich nach vorher beschriebener Methode deutlich nachweisen. Das Thier lieferte zugleich nur sehr wenig Harn. Dabei frass das Thier stets munter, und nahm recht beträchtlich innerhalb der 8 Wochen an Gewicht zu. Es hat also keinen Diabetes gehabt und doch ergab die Section des gewaltsam getödteten Thieres, dass die Ausführungsgänge in der That richtig und vollständig unterbunden waren, und dass die Beobachtung des Thieres auch lange genug gedauert hatte, um wenigstens das sicher zu stellen, dass die Abschnürung des Pancreasganges, gefolgt von Stauung des Secrets, keinen Diabetes mellitus zur Folge haben muss.

An 5 Fröschen habe ich denselben Versuch wiederholt mit demselben Erfolge, dass niemals Zucker im Harn auftrat. Zwei dieser Thiere starben wenige Tage nach der Operation, drei andere habe ich viele Wochen beobachtet. Herr Dr. Ribbert hat die Untersuchung der verschiedenen Bauchspeicheldrüsen der Versuchsthiere gemacht und wird demnächst das Nähere darüber berichten. Der Güte des Herrn Geheimrath Pflüger danke ich es, dass ich die Versuche im physiologischen Institute ausführen durfte. Eine eingehendere Behandlung der Sache, speciell die Besprechung der einschläglichen Literatur, muss ich an anderem Orte einbringen.

---

1. **Aus dem statistischen Sanitäts-Bericht** für die Königl. Preuss. Armee und das XIII. (Königl. Württemberg.) Armeecorps für die 4 Rapportjahre 1. 4. 1874 bis 31. 3. 78.

### Hygienische Massnahmen.

St. 2. Die Trinkwasser-Untersuchungen werden in der Armee von den Corps-Stabs-Apothekern gemacht und zwar nach einer bestimmten vom Kriegs-Ministerium vorgeschriebenen Methode, und hat sich dabei herausgestellt, dass ein Trinkwasser, obwohl die Untersuchung in ihm eine Menge von Beimischungen und Bestandtheilen ergab, die den aus verschiedenen anderweitigen Beobachtungen als Mittel gezogenen Grenzwerth für noch brauchbares Wasser erheblich übertraf, dennoch Jahre lang ohne wesentliche Nachtheile, im Besonderen ohne nachfolgende Infektionskrankheiten seitens einer Garnison genossen worden zu sein scheint. „Umgekehrt scheinen Erfahrungen dafür zu sprechen, dass ein Brunnenwasser, welches auf Grund chemischer Analysen für brauchbar erklärt worden war, dennoch die Vermittelung irgend welcher Krankheitskeime infektiöser Art übernommen hat, ohne von charakteristischen Bestandtheilen begleitet zu sein.“ Andererseits liegen Beobachtungen vor, z. B. aus den Garnisonen Einbeck und Ostrowo, wo als Ursache für das Auftreten einer Typhusepidemie der Genuss



und die Beschaffenheit eines durch faulige organische Substanzen verunreinigten Trinkwassers kaum von der Hand gewiesen werden konnte. Dieser Widerspruch dürfte sich durch die Annahme lösen, dass zur Entstehung der in Frage stehenden Infektionskrankheiten ein specifischer Keim nöthig ist, der, wenn er nicht in den Boden gelangt, auch nicht in die Brunnen kommen kann, wenn gleich diesem durch das Grundwasser bez. die Grundluft Fäulnissstoffe zugeführt werden. „Wird dies zugegeben, dann könnte man hieraus anscheinend einen schwerwiegenden Einwurf gegen den Werth chemischer Wasseruntersuchungen herleiten und zwar um so mehr, als es zweifelhaft ist, ob überhaupt mit den bisher geübten Untersuchungsmethoden die etwa als Krankheitskeime hinzustellenden Stoffe soweit getroffen bez. isolirt werden können, um danach den Werth eines Trinkwassers bemessen zu können." Chemisch-physikalische Wasseruntersuchungen werden jedoch nicht entbehrt werden können, da der auf organische Substanzen und deren Zersetzungsprodukte hinweisende Befund das Wasser immerhin specifischer Krankheitskeime verdächtigt.

Aehnlich äusserte sich der Bericht der Cholerakommission 1879. St. 314.

### Typhöse Erkrankungen.

Nach einer längeren Erörterung und Besprechung der Ansichten verschiedener Autoritäten über die Begriffe Miasma und Contagium werden einzelne Typhusepidemien (im Ganzen erkrankte im Mittel der 4 Jahre 7,7 ‰ der Iststärke der Armee an Typhus) erwähnt, in denen sich deutlich nachweisen liess, dass „von den Kranken ein Ansteckungsstoff abgesondert wird, der nicht nothwendig mit dem Boden in Berührung gewesen sein muss, um wirksam zu werden". So erklären sich die relativ hohen Erkrankungsfälle bei dem Wartepersonal in den Lazarethen, wo die sonst für Thyphus annehmbaren Entstehungsursachen fehlten. Beim I. Armeecorps erkrankten 96,15 ‰ der Militärkrankenwärter, während die Cavallerie als meist betroffene Truppe nur 14,96 ‰ an Typhuserkrankungen aufwies. Es wird der Erklärung Raum gegeben, dass die von den Typhuskranken stammenden, durch die Haut, Athmung oder Darmdejecte austretenden Ansteckungsstoffe in staubförmigem Zustande in die Lungen und von hier direct in die Cirkulation gelangen oder eingebettet in den Schleim und den Speichel, aus dem dem Athmungs- und Verdauungstractus gemeinsamen Abschnitte in den Magen und Darm kommen.

Zu Oefterem wurde die Beobachtung gemacht, dass eine Epidemie begann, als nach längerem Hochstand das Grundwasser zu sinken begann. Dass als nächstliegende, höchstwahrscheinliche Ursache für einzelne andere Epidemien nur das Trinkwasser schuldig zu sein schien, ist oben bereits erwähnt.

### Behandlung des Typhus.

„Mit Rücksicht auf die in den Militärlazarethen bei Typhus geübte Behandlungsmethode ist vor Allem zu betonen, dass die Resultate um so besser wurden, je strictere Anwendung einer systematisch durchgeführten Kaltwasserbehandlung stattgefunden hat". Eine Zusammenstellung des Assistenzarztes Dr. Werner über die Heilerfolge bei den



im Bereich des I. Armeecorps während der betr. 4 Jahre vorgekommenen 1004 Thyphusfällen, lässt die Ueberlegenheit der Brand'schen Kaltwasserbehandlung über die anderen Methoden deutlich erkennen. Während die systematische Behandlung mit Bädern allein (zumeist bei schweren Fällen) eine Mortalität von 89,1 ‰ aufweist, beträgt dieselbe bei Behandlung mit Antipyreticis 101,7 ‰, bei Anwendung von Bädern und Antipyreticis 155,5 ‰. Als Contraindicationen gegen die systematische Bädertherapie gelten Darmblutungen, jedoch zeigt die Zusammenstellung, dass bei alleiniger Anwendung von Bädern die ‰-Zahl der Darmblutungen am geringsten war.

Bei der Behandlung des Wechselfiebers, St. 24., welches in einzelnen Garnisonen sehr stark auftritt, hat man von der Tr. eucalypti globuli vollständig abgesehen, „da der Erfolg nur darin zu bestehen schien, die Frostanfälle zu verzögern und weniger intensiv zu gestalten, unterdrückt wurden sie durch das Mittel nicht". Von ebenso zweifelhaftem Nutzen, wenn nicht von schädlicher Wirkung war das acid. salicyl., welches in einzelnen Garnisonen versucht wurde.

Herr Oberstabsarzt Dr. Hagens in Spandau hat die verschiedenen gegen Wechselfieber empfohlenen Chininpräparate einer Vergleichung unterzogen und ist zu folgenden Resultaten gekommen:

1. Chinioidinum citricum. „Dasselbe wirkt zwar ebenso prompt und nachhaltig als die krystallinischen Ch.-präparate, ist dabei ausserordentlich billig, indessen ruft sein Geschmack bei internem Gebrauch lebhaften Widerwillen bis zum Erbrechen hervor, und beschränkt dadurch die Verwendung desselben in erheblicher Weise; subcutan eingespritzt, lässt es häufig im Stich".

2. Chinium muriaticum amorphum ist schlecht zu nehmen, wirkt unsicher und reizt stark bei subcutaner Wirkung.

3. Ch. sulfur. cryst. wirkt sicher und nachhaltig, „verursacht jedoch leicht gastrische Störungen und in grösseren Dosen unangenehmen Chininrausch".

4. Ch. muriat. cryst. erschien zuverlässiger und angenehmer, die sichere Wirkung macht die Kur nicht kostspieliger, obwohl es theurer ist. Es eignete sich sehr gut zu subcutanen Injectionen.

5. Die Tr. chinioidei empfiehlt sich nur zur Nachkur.

Bartold.

---

2. **Stolnikow, Hämoglobinurie.** Aus der Klinik von Prof. S. P. Botkin. (St. Petersb. medic. Wochenschr. Nris. 27 und 28. 1880.)

Eine, besonders nach der chemischen Seite sehr genaue Beobachtung. — Pat. hat früher Scharlach gehabt und Recurrens; vor zwei Jahren hatte er Gelenk-Rheumatismus, an den sich ein erysipelatöser Prozess schloss; um diese Zeit schied er eine Menge Eiweiss und Cylinder aus, und zuletzt verband sich damit eine Hämaturie, die einige Tage lang anhielt. Jetzt leidet er an Intermittens, welche ungefähr seit einem Jahre besteht. Am Tage nach der Aufnahme in die Klinik bekam Pat. Hämoglobinurie. „Beide sclerae und die gesammte Hautoberfläche waren gleichmässig intensiv citronengelb gefärbt. Der Harn ist von gesättigt dunkelrother Farbe; nach Behandlung mit essigsaurem



Blei bleibt die Farbe unverändert; sowohl vor als auch nach der Behandlung mit essigsaurem Blei erhält man bei der Spektraluntersuchung dieses Harns die charakteristischen Streifen des Oxyhämoglobins, die auch bei beträchtlicher Verdünnung des Harns mit Wasser vollkommen deutlich persistiren. Bei sorgfältigster Untersuchung wird nicht ein rothes oder weisses Blutkörperchen gefunden; ebenso werden keine Cylinder gefunden. Reaktion des Harns schwach alkalisch; kein Sediment; spez. Gew. 1019; bei der Eiweissprobe nach Heller erhält man einen grossen Ring; beim Kochen des mit Salpetersäure angesäuerten Harns erhält man ein grosses Gerinnsel von dunkeler Zimmtfarbe. Gallenpigment und Gallensäuren nicht vorhanden. Harnstoff 38 grm. Chloride 11 grm. Schwefelsäure 4,2 grm. Eiweiss 11 grm. Die Untersuchung von dem Kranken entzogenem Blute ergab Folgendes: Die rothen Blutkörperchen erwiesen sich als entfärbt, das Plasma hingegen zeigte bläulich-gelbe Färbung. Anzahl der rothen Blutkörperchen = 2,876,400, der weissen 17,492; Verhältniss der rothen zu den weissen = 164 : 1; nach 5 Tagen: rothe Blutkörperchen 1,183,200, weisse 6120, Verhältniss der weissen zu den rothen 1:193."

In Betreff der Einzelheiten der Krankengeschichte und der chemischen Analysen verweise ich auf das Original. Ich hebe nur folgende Punkte hervor, auf welche der Verf. die Aufmerksamkeit besonders lenkt.

1) „Wir konstatirten die Anwesenheit von gelöstem Hämoglobin im Blute des Kranken, während die rothen Blutkörperchen entfärbt waren."

2) Während der ganzen Zeit schwankte die im Harn ausgeschiedene Schwefelsäure zwischen 4,2 und 3,2 grm. in 24 Stunden. Beim gesunden Menschen schwankt dieselbe um 2,2 grm. Zugleich war der Harnstoff vermehrt; die Menge desselben betrug zwischen 40 und 64 grm. in 24 Stunden. Nach Aufhören der Hämoglobinurie ist bemerkenswerth das Erscheinen von enormen Mengen von harnsauren Salzen mehrere Tage hindurch; obgleich die tägliche Harnmenge immer zwischen 2000 und 2800 c. schwankte.

3) Immermann, Frerichs u. A. erblicken in der gelben Färbung den Beweis dafür, dass hämatogener Ikterus besteht; aus den Blutkörperchen werde Hämoglobin ausgeschieden und daraus entstehe Gallen-Pigment. Verf. kann sich dieser Auffassung nicht anschliessen. „Sollte es in der That möglich sein, aus der Farbe allein den einen oder anderen chemischen Körper zu konstatiren? Die gelbe Hautfärbung könnte von verschiedenen Körpern des veränderten Hämoglobins abhängen, und sobald wir einmal nicht die Möglichkeit hatten, auf chemischem Wege darzulegen, dass die Hautfärbung durch Gallenpigment bedingt war, so hatten wir offenbar nicht das geringste Recht davon zu sprechen, dass in der Haut Gallenpigment enthalten war. Ausserdem ist sowohl in den Fällen von Immermann u. A. als auch in unserem Falle das Faktum auffallend, dass im Harn nicht einmal Spuren von Gallenfarbstoff enthalten waren. Aus welchem Grunde sollte sie dort nicht vorhanden sein, wenn schon die ganze Haut von ihnen in grösster Quantität durchtränkt ist?"

4) Hebt Verf. in therapeutischer Hinsicht hervor, dass in diesem Falle das per os genommene Chinin gar keine Wirkung äusserte; sub-

kutane Injektionen dagegen von salzsaurem Chinin hatten starken und präcisen Effekt.

Auf Grund der bislang vorliegenden experimentellen Thatsachen und klinischen Beobachtungen scheint es Verf. am folgerichtigsten, „unseren Fall von Hämoglobinurie zu erklären durch abnorme Nierenfunktion auf einem durch den Fieberprocess erschöpften Boden". Er nimmt an, „dass in unserem Falle die pathologisch veränderte Niere, auf die physiologische Stabilität das rothe Blutkörperchen einwirkte, als es noch gar nicht in der Niere war, entweder reflektorisch oder chemisch, ebenso wie andere Nieren-Erkrankungen im Stande sind, die Temperatur des ganzen fiebernden Organismus zu ändern, worauf Prof. S. P. Botkin hingewiesen hat." E. Bardenhewer.

---

3. **Gélineau, De la narcolepsie.** (Gaz. des hôp. N. 79 und 80.)
**G. Camuset, à propos de la narcolepsie.** (Gaz. des hôp. N. 83, 1880.)

G. schlägt vor, diesen Namen einer Neurose zu geben, welche sich äussert durch ein unwiderstehliches, plötzlich eintretendes Bedürfniss, für kurze Zeit zu schlafen.

Er berichtet zunächst eine Beobachtung Caffe's aus dem journ. des connaiss. médic. prat. 20. August 1862, welche einen 47 jährigen, sonst gesunden, nüchternen, etwas stumpfsinnigen Mann betraf. Derselbe litt seit vier Jahren an dieser Krankheit, welche ihn, wo er ging und stand, einschlafen machte. Die Behandlung blieb erfolglos, bis ein Aufenthalt in Brides den Zustand wenigstens besserte. Pat. wurde später, nach einer heftigen Erregung und ungewohnten Excessen, von „Hallucinationen und meningitischem Delirium" befallen.

Seine eigene Beobachtung theilt G. sehr ausführlich mit. Der Pat. kommt zu ihm, gestützt auf seinen Sohn, der ihn am Arme hält; als er beim Eintritt in's Zimmer seinen Blick auf G. richtet, stockt er; seine Augen umschleiern sich, die Lider sinken, er wankt und sinkt schlafend auf einen Stuhl; der Sohn spricht zu ihm und schüttelt ihn heftig; dann beginnt Pat. zu reden. — Keine Krämpfe, keine Syphilis waren vorangegangen; Pat. hat zwei gesunde Kinder; sein Vater war nervös, „doch ohne krankhafte Störungen". Er trinkt mässig; hatte vor fünf Jahren akuten Gelenk-Rheumatismus und herpes tonsurans. Vor drei Jahren erhielt er von einem Gegner einen heftigen Faustschlag; seine Abwehrbewegungen brachten ihn mit der Polizei in Collision und in's Gefängniss, was ihm lebhaften Kummer verursachte.

Vor zwei Jahren bemerkte er zuerst, dass bei irgend einer Anoder Aufregung eine plötzliche Schwäche der Beine ihn befiel. Einige Zeit später schlief er bei ähnlichen Gelegenheiten ein, um nach einer Minute wieder aufzuwachen. Seitdem hat die unwiderstehliche Schlafsucht ihn nicht mehr verlassen. Isst er, so wird seine Mahlzeit vier bis fünf Mal unterbrochen; seine Augenlider sinken; die Hände lassen Gabel, Messer oder Glas fallen; den laut begonnenen Satz bringt er mit Mühe, leise stotternd, zu Ende; der Kopf senkt sich; er will die Augen reiben, den Trieb zu beherrschen; die Hand fällt träge zurück; er ist besiegt, er schläft. Auch auf der Strasse schläft er ein. Je heftiger die Erregung, freudiger oder unfreudiger Art, um so heftiger



und um so plötzlicher das Bedürfniss zu schlafen. Pat. hat solcher Anfälle bis zu zweihundert am Tage, welche eine bis fünf Minuten dauern. Dieselben werden eingeleitet durch die im physiologischen Zustande dem Schlafe vorhergehenden Empfindungen; doch dauert diese Phase nur einige Sekunden. Während des Anfalls fühlt Pat., wenn er gekniffen wird; er hört seine Umgebung sprechen, versteht die Worte und kann sie nach dem Erwachen wiedergeben. Sein Puls, gewöhnlich zwischen 60 und 68, sinkt während des Schlafes auf 58 bis 60; seine sehr engen Pupillen erweitern sich ein wenig. — Im Uebrigen ist er sehr gesund und schläft Nachts gut. Sein Gedächtniss ist gut. Der Geschlechtstrieb ist vermindert; indess hat er ein ein Jahr altes Kind, welches aber, wie er sagt, empfangen wurde in einem Augenblick, wo die Krankheit ihn überraschte.

G. erörtert nun die Frage, ob diese Neurose — denn als solche fasst er die Krankheit auf — unter den Begriff der Epilepsie falle. Er verneint dieselbe aus naheliegenden Gründen, unter denen das Vorhandensein des Bewusstseins und der Erinnerung ihm die bedeutsamsten sind. Ebensowenig hat unsere Affektion gemein mit der Kenophobie oder Agoraphobie, ebensowenig mit gewöhnlichen Schwindelanfällen. Eher könnte man dieselbe der Kataphora der Alten nähern; doch dabei ist der Schlaf anhaltend, nicht unterbrochen durch freie Intervalle, in welchen der Kranke denkt und handelt; auch dauert dieselbe niemals Jahre lang. Die maladie du sommeil (somnere, sleeping dropsy) kommt nur bei Negern vor und endigt stets mit dem Tode. Noch andere Neurosen zieht G. in Vergleich, kommt aber zu dem Resultat, dass die Narkolepsie eine besondere Neurose sei.

Bei dem Narkoleptischen, so denkt G., ist der Sauerstoff-Vorrath zu gering (durch Seltenheit oder engeres Caliber der arteriellen Capillaren), oder er wird durch schnelleren Verbrauch zu bald erschöpft, oder endlich die Ausscheidung der regressiven Produkte, insbesondere der Phosphate, geht zu schnell vor sich. „Es existirt eine relative Armuth, so dass jede Emotion seine Energie, seine Vitalität erschöpft; daher das so häufige Bedürfniss des Schlafes, welcher der mächtigste Reparator des geschwächten Organismus ist".

Den Sitz des Leidens verlegt G. nach Angaben von Vulpian in den pons Varoli, „le centre d'association des mouvements émotionnels"; von dort lässt er, in Hypothese, durch Ueberreizung der Funktion, nach der einen Seite eine vorübergehende Lähmung der Cerebrospinalaxe, nach der anderen Seite eine momentane cerebrale Anämie ausgehen.

Die Behandlung war ohne Erfolg. G. wandte an das Picrotoxin (eine etwaige spasmodische Contraktion der Gefässe aufzuheben), Amylnitrit, subkutane Injektionen von Apomorphin; dann Coffein, Strychnin, Curare u. s. w.

Im Anschluss an diese Mittheilungen veröffentlicht Camuset in N. 83 der Gaz. des hôp. eine Beobachtung aus dem Jahre 1875. Ein an einer Thränensack-Fistel leidender Kranker begann beim Einführen der Sonde, unter dem Einfluss der dadurch bewirkten Erregung, zu stammeln, schloss die Augen, seine Stimme wurde leise und langsam, und er fiel in einen Zustand von Somnolenz, welcher zehn bis dreissig



Minuten dauerte, nach deren Verlauf der Kranke erwachte. Das Bewusstsein blieb während des Schlafes erhalten; er folgte der Unterhaltung; das verriethen Bewegungen der Lippen; nach dem Erwachen erinnerte er sich dessen, was man ihm gesagt hatte. C. vergleicht den Zustand mit demjenigen eines von Ermüdung überwältigten Schläfers, welcher merkt, dass die Stunde des Aufstehens da ist und gegen das Bedürfniss weiter zu schlafen ankämpft. Pat. war 45 Jahre alt, stark und gesund; er litt seit mehreren Jahren an diesen Anfällen, welche durch die geringste Erregung verursacht wurden.

Ein zweiter Fall stellte sich C. dieser Tage vor. Eine 25 jährige Frau konsultirt ihn „wegen unerträglicher Schwere der Augenlider", häufig am Tage wird sie davon befallen; sie muss die Augen schliessen und schläft ein am Tische, während der Unterhaltung u. s. w. Sie schläft zehn Minuten, dann erwacht sie zu normalem Zustand.

Beide Autoren sind überzeugt, dass der Narkoleptischen sich viele finden werden, nachdem sie nun beschrieben und getauft sind.

E. Bardenhewer.

---

4. **A. Pitres, sur deux cas de compression de la zone motrice du cerveau, sans troubles correspondants de la motilité.** Zwei Fälle von Compression der motorischen Hirnzone ohne entsprechende Störungen der Motilität. (Progr. medic. N. 30. 1880).

„Die Symptomatologie der Hirn-Compressionen zeigt durchaus nicht die Constanz, Gleichmässigkeit und Präcision wie die destruktiven lokalen Läsionen".

1. P. 70 J. alt, aufg. d. 15. April 1878; senile Dementia; sie ist „grande gâteuse"; keine motorischen Störungen; Tod d. 25. Dezember 1879. — Hirnwindungen schmal und gefässarm; auf der linken Seite der Sichel des Grosshirns, durch einen kleinen Stiel mit dem fibrösen Gewebe derselben verbunden, ein Mandel-grosser, glatter Tumor von festem Gewebe; an der Innenfläche der linken Hemisphäre eine ziemlich tiefe Depression, in welcher der Tumor eingebettet war; dieselbe liegt im Niveau der kleinen Vertikalfurche, welche den lobulus paracentralis nach vorne begrenzt und ihn von der ersten Stirnwindung trennt; pia mater nicht adhärent; die Hirnsubstanz hat an der Stelle der Depression dieselbe Consistenz und Färbung als anderswo.

2. S. A. Schneider, 22 J. alt; fiel im Monat Mai 1879 und verlor das Bewusstsein für 12 Stunden; Gang behindert, Schwäche in den Unterextremitäten; doch konnte er nach 4 Tagen seine Arbeit aufnehmen. Aufg. den 20. Oktober 1879; er antwortet sehr langsam und ist sehr gleichgültig; Empfindung bedeutend verlangsamt; doch zieht er das gekniffene Bein zurück; kann aufstehen und umhergehen; ab und zu Erbrechen. Im Beginn des Monats November häufigeres Erbrechen; beim Aufstehen fällt er, und der Wärter gibt an, dass, als er ihn aufhob, das linke Bein steif gewesen sei. Am folgenden Tage weder Starre noch Lähmung der Glieder; doch ist Pat. stumpfsinniger als zuvor. Den 9. November Amblyopie und Daltonismus, am 12. Blindheit. Am 15. Dezember Tod. — Zwischen dem Schädeldach und der dura mater, in der rechten Fronto-Parietal-Gegend eine Faust-grosse



Cyste mit weissen, hyalinen Wandungen, gefüllt mit transparenter Flüssigkeit, in welcher 5 Echinokokkus-Blasen schwimmen; am Stirn- und Seitenwandbein zahlreiche Osteophyten; an einer Stelle ist die Tabula interna durchbrochen; dura nirgends adhärent; pia blass, blutleer; der rechte Vorderlappen, vom vorderen Rande bis zum sulcus Rolandi, stark deprimirt; Windungen sehr blass, stark abgeplattet, doch von normaler Consistenz; nirgends Spuren von Erweichung. Die vordere Hälfte der inneren Fläche der linken Hemisphäre ist ebenfalls verdrängt und deprimirt.

E. Bardenhewer.

---

5. **Dr. J. Thomayer, Pneumonie desquamative.** (Gaz. hebdomad. de méd. et de chir. Nr. 30, 1880.)

Die vom Verf. mitgetheilte Beobachtung betraf einen schwächlichen 16jährigen Maurerlehrling, der 6 Tage vor seinem Eintritt in die Prager Klinik erkrankt war unter den Erscheinungen eines Broncho-Catarrhs.

Die vorgenommene Untersuchung des Respirationsapparats ergab eine leichte Verminderung des Lungenschalles in der linken Infraclaviculargegend, eine stärkere in der fossa supraspinata derselben Seite. — Weiterhin eine beträchtliche Dämpfung links von der 4. bis zur 7. Rippe. — Auscultatorisch wurde in beiden Infraclaviculargegenden unbestimmtes Athmen constatirt; ausserdem zahlreiche Rasselgeräusche über den ganzen Thorax verbreitet, welche zum Theil das Athmen verdeckten. Die übrigen Organe boten keine Veränderungen dar. — Mit dieser Affection ging einher eine mässige Fieberbewegung und eine ziemlich erhöhte Puls- und Athemfrequenz. — 12 Tage nach Beginn der Krankheit waren alle Störungen des Respirationsapparates völlig verschwunden.

Die wiederholte mikroskopische Untersuchung des anfangs reichlichen, später geringern Sputums ergab, dass der grösste Theil desselben aus Zellen bestand, die man nach ihrem anatomischen Verhalten als Epithel der Lungen-Alveolen ansehen musste. — Niemals konnten elastische Fasern oder Flimmerepithelien nachgewiesen werden. — Bezüglich der Diagnose glaubt Verf. eine einfache Bronchitis mit consecutiver catarrhalischer Pneumonie ausschliessen zu dürfen; ebenso einen Spitzencatarrh, als Ausdruck einer tuberculösen Infiltration, weil ein derartiger Prozess sich nicht in ein paar Tagen abspielen würde, ohne nachweisbare Veränderungen zu hinterlassen. Verf. hält den Fall für den wahren Typus einer Desquamativ-Pneumonie, wie sie Buhl beschrieben.

Eversbusch (München).

---

6. **Dr. Paul Carl, Ueber hepatitis sequestrans.** (Aus der Tübinger Poliklinik. Deutsche med. Wochenschr. 1880. Nr. 19.)

Unter diesem Namen hat 1878 Dr. Teuffel in seiner Dissertation eine besondere Art Hepatitis beschrieben. Im vorliegenden Fall handelt es sich um eine 40jähr. Frau, welche vor 10 Jahren den ersten heftigen Anfall von Gallensteinkolik erlitt, nach 9 Jahren den zweiten,



von einem Abortus gefolgten; von da ab häufige Anfälle, erst alle 9, später alle 3 Tage. Es besteht mässiger Icterus, bedeutende Abmagerung, die Leber ist erheblich vergrössert, von glatter Oberfläche, hart und mässig druckempfindlich. Bei jedem Anfall schwoll die Leber an, nachher wieder ab, ebenso stieg und fiel der Icterus. Die Stühle zeigten erheblichen Mangel an Galle meist nur die nächsten 24 Stunden nach den Anfällen. Die Schmerzen in der Leber hörten später in den Anfallspausen nicht völlig auf. Die Temperatur war immer etwas erhöht, stieg in und unmittelbar nach den Anfällen bis 40° C. und darüber, gewöhnlich unter Frosteinleitung. Auf diese Daten gestützt wurde die Diagnose auf Leberabscesse in Folge Reizung durch Steinbildung gestellt. Die Section ergab eine erhebliche Ausdehnung aller Gallengänge, Ductus choledochus, zeigefingerdick, angefüllt mit orangefarbener Galle, in welcher zahlreiche dickbreiig-bräunliche Sedimente sich befanden. Vor dem diverticulum Vateri befand sich ein haselnussgrosser, leicht beweglicher Gallenstein, aus der Duodenalmündung des duct. choled. liess sich die Galle leicht ausdrücken. In der stark vergrösserten Leber finden sich zahlreiche, in allen Abschnitten der Leber zerstreute, gelbe etwa stecknadelkopfgrosse Stellen, welche sich als mit Gallenfarbstoff incrustirte Partieen des Leberparenchyms erweisen. Diese incrustirten Leberläppchen sind von einer Zone von Eiterkörperchen umgeben, die als Resultat einer sequestirenden Entzündung anzusehen sind. Ausserdem befand sich im Parenchym eine grosse Zahl kleiner Abscesse, die theils in, theils um die kleinsten Gallengänge gelagert erschienen. R.

---

7. **Prof. Choostek** in Wien, **Ein neuer Fall von Wanderleber.** (Wiener med. Blätter. 1880. Nr. 28, 29, 30.)

Im Ganzen weist Ch. 16 Fälle von Wanderleber, die bis jetzt beschrieben, nach. Von diesen hat er selbst drei veröffentlicht. Seine neueste Beobachtung von Wanderleber gibt ihm Veranlassung zu einer ausführlichen Besprechung des Themas.

In Bezug auf die Entstehung hat die Annahme Meissner's die grösste Wahrscheinlichkeit für sich, wonach eine Wanderleber nur dann entstehen soll, wenn die Bänder, welche die Leber in ihrer Lage zu fixiren haben, schon von vornherein — als angeborene Anomalie — eine vollkommene Bauchfellduplicatur (ein Mesohepar) bilden, die dann durch mancherlei Gelegenheitsursachen verlängert werden kann. Erschlaffung der Bauchdecken durch Geburten, Hängebauch, Hydramnion, Gebrauch der Schnürbrust, Heben schwerer Lasten, Erschütterungen durch Sprung etc., Zunahme des Lebergewichts durch pathologische Vorgänge als Ursachen der hepar migrans.

Im Falle Barbarotta's und in zwei Fällen Wassiljew's war gleichzeitig eine Wandermilz, und in einem Falle Wassiljew's auch noch eine linksseitige Wanderniere vorhanden.

Blutgefässe und Gallegänge können durch Zerrung beeinträchtigt werden (Stauungen, Icterus).

Diagnose bietet keine Schwierigkeit. Gewicht legt Ch. darauf, dass der bewegliche Tumor im rechten Hypochondrium sich in die nor-



male Lage der Leber mehr weniger zurückbringen lässt. Verwechselung mit bedeutender Verdickung und Geschwulstbildung des Netzes ist schon passirt. Zu achten ist auf das Verhalten der Leberdämpfung im Rücken.

Zur Reposition empfehlen sich noch am meisten breite, fest anliegende elastische Bauchbinden. Finkler.

---

8. J. v. **Mering, Ueber die Wirkungen des Quecksilbers auf den thierischen Organismus.** (Strassburg 1879. S. 28.)

Zu seinen Versuchen über den Einfluss des Quecksilbers auf den thierischen Organismus verwandte v. Mering Verbindungen des Quecksilbers mit Amidosäuren und zwar das Glycocoll-, Asparagin- und Alanin-Quecksilberoxyd. Die zur Verwendung kommenden Dosen der betreffenden Salze waren auf Quecksilberoxyd berechnet, als Versuchsobjecte dienten Frösche, Kaninchen, Katzen und Hunde. Verf. zieht aus seinen Beobachtungen acuter und chronischer Mercurialintoxicationen folgende Schlüsse:

Hinsichtlich der localen Wirkung der Verbindungen von Quecksilber mit Amidosäuren, so zeigte sich bei Hunden nach subcutaner Injection an der betreffenden Hautstelle circumscripte Vereiterung, die auch das Unterhautzellgewebe mit in ihren Bereich zog. Bei Katzen trat keine locale Entzündung auf. Dahingegen wurden wiederum bei Menschen nach derselben Operation kleine Hautpartien über der Applicationsstelle nekrotisch. Diese Erscheinungen sind aus dem mehr oder weniger aggressiven Verhalten der genannten Quecksilbererscheinungen dem Eiweiss gegenüber erklärlich.

Das Circulationssystem von Kalt- und Warmblütern wird in folgender Weise beeinflusst: Bei beiden bedingt das Quecksilber directe Herzlähmung. Dieselbe tritt bei Warmblütern meist spät ein, rasch und plötzlich jedoch, wenn das Gift direckt in eine Vene injicirt wird. Das erhebliche Sinken des Blutdrucks wird sowohl durch diesen Factor als auch vielleicht noch dadurch hervorgerufen, dass die Gefässmuskeln oder Gefässnervenendigungen einer gleichen Lähmung verfallen. Aus einer Gefässlähmung erkläre sich das Auftreten von Hämorrhagien auf der Darmschleimhaut und die dadurch bedingten blutigen Durchfälle. Hämorrhagien beobachtete Verf. ferner am Herz- und Zwerchfellmuskel, als Folge der Blutergüsse treten die für den chronischen Mercurialismus specifischen Geschwürsbildungen auf gewissen Schleimhäuten auf. Die bei der chronischen Quecksilberintoxication auftretende Zahncaries habe ihren Grund wahrscheinlich auch in solchen Hämorrhagien.

Was die quergestreifte Körpermusculatur anbetrifft, so wird eine allmähliche, geringe Abnahme der directen Muskelerregbarkeit nur bei Kaltblütern wahrgenommen.

Bei Fröschen wird ferner das Centralnervensystem in seinen einzelnen Theilen successive gelähmt. Für die, bei Säugethieren auftretenden, Erscheinungen von Parese und allgemeinem Collaps nimmt Verf. auch die Veränderungen anderer wichtiger Körperfunctionen als wahrscheinlichen Grund an. Auffallend ist dagegen das Eintreten von Vergiftungssymptomen bei Thieren, die dem klinischen Bilde des Tremor und Erethismus mercurialis entsprechen. (S. Versuch 9 u. 10.) Hoch-



gradige Respirationsbeschwerden fehlen bei der Quecksilberintoxication nicht.

Hinsichtlich des Einflusses auf die Drüsen so schliesst Verf. nach seinen Versuchen die Annahme aus, dass die Drüse bei der Ausscheidung des Quecksilbers durch den Speichel direct gereizt und so der Grund zu der bekannten Hypersecretion gesetzt werde.

Das Erscheinen von Eiweiss und einer, alkalische Kupferlösung reducirenden Substanz, wahrscheinlich Zucker, im Harn ist vielleicht durch die eingreifenden Störungen innerhalb des Gefässsystems bedingt.

Schulz.

---

9. **Bunge, Ueber die Wirkungen des Cyans auf den thierischen Organismus.** Arch. f. experiment. Pathologie und Pharmakologie. (Bd. XII. H. I. S. 41—75.)

Aus einer grossen Reihe von Versuchen, welche B. mit aus Cyanquecksilber dargestelltem Cyangas an kalt- und warmblütigen Thieren anstellte, resultirt:

1. „Cyangas tödtet durch Respirationslähmung nach vorhergegangener starker Dyspnoe." — Bei Fröschen entsteht, bald nachdem dieselben mit dem Cyangas in Berührung gekommen, Respirationslosigkeit, nach einiger Zeit tritt Betäubung ein und es erfolgen dann wieder vereinzelte Athembewegungen, die Athmung wird schliesslich ganz oberflächlich und erlischt dann völlig. Bei Warmblütern nimmt gleichfalls nach dem Zustandekommen tiefer Somnolenz allmählich die Athemfrequenz immer mehr ab, die Intervalle zwischen den einzelnen Inspirationen werden immer länger, die Athembewegungen oberflächlicher und schliesslich cessirt die Respirationsthätigkeit ganz. — Die Reizerscheinungen, welche zu Anfang der Versuche von Seiten der Schleimhäute der Augen, des Mundes und der Nase auftreten, werden durch neues Zuleiten von Cyangas während des Koma nicht erhöht.

2. „Diese Wirkungen (auf die Respiration) sind als eine directe Einwirkung des Cyans auf die Respirationscentra aufzufassen, da sie sowohl bei Inhalation als auch nach subcutaner Injection des (von Wasser aufgenommenen) Cyans auftreten."

3. „Allgemeine Krämpfe sind während der Cyanvergiftung nur rudimentär entwickelt."

4. „Cyan bringt auch bei Warmblütern eine beträchtliche Pulsbeschleunigung hervor, im Uebrigen vermindert es allmählich den Blutdruck und die Pulsfrequenz, höchst wahrscheinlich gleichfalls in Folge centraler Einwirkung auf die Gefässnervencentra und directe Einwirkung auf das Herz."

5. „Mit den Wirkungen der Blausäure verglichen, sind die des Cyangases weniger stürmisch und auf einen längeren Zeitraum ausgedehnt; auch ist die toxische Wirkung des Cyans geringer als die der Blausäure. Eine Katze tödten 0,004 Grm. Blausäure sicher, während von Cyan 0,02 Grm. subcutan erforderlich sind. Im Wesen der Wirkung stimmen bei Warmblütern beide Gifte mit einander überein."

Ausserdem ist noch aus B.'s Mittheilungen ersichtlich, dass auch das von Wasser absorbirte Cyangas die Gewebe stark reizt, subcutane



Injection derselben erzeugte starke Schmerzensäusserungen, bei der Section zeigte sich das der Injectionsstelle benachbarte Gewebe „in grosser Ausdehnung blutig ödematös infiltrirt, der darunter liegende Muskel hat sich entfärbt und eine hellere ins Grau gehende Färbung angenommen, gleichsam als wenn er gekocht wäre.“

Ferner hatte Verfasser Gelegenheit, die von Buchner bereits gemachte Beobachtung der anästhesirenden Wirkung des Cyans auf die Haut auch an sich zu constatiren. Cyanhaltiges Wasser erregte bei ihm ein vom Daumen, als der Applicationsstelle, ausgehendes Gefühl von Taubheit und Ameisenkriechen, welches bis zum Ellenbogen sich erstreckend und von Zucken der einzelnen Finger begleitet, etwa sechs Stunden lang anhielt.

In Betreff weiterer Einzelheiten muss auf das Original verwiesen werden. Schulz.

---

10. **Prof. Lichtheim, Resorcin als Antipyreticum.** (Correspondenz-Blatt f. schweizer. Aerzte. Nr. 14.)

Nachdem von verschiedener Seite die antiseptische Wirkung des Resorcin nachgewiesen worden, prüfte L. dieses Mittel auf etwaige antipyretische Wirkung. Die Versuche am Krankenbett zeigten, dass wir in dem Resorcin ein Antipyreticum von mächtigem Effekt besitzen. 2,0—3,0 Resorcin in Lösung oder in Substanz bringen bei einem hochfiebernden Kranken, zunächst innerhalb weniger Minuten Excitationserscheinungen mit Schwindel und Ohrensausen hervor; 10—15 Minuten nach der Application beginnt die Haut feucht zu werden, nach weiteren 15 Minuten ist der Kranke am ganzen Körper in Schweiss gebadet. Mit diesem Schweissausbruch lassen die Excitationserscheinungen nach und erfolgt eine rapide Entfieberung, so dass schon eine Stunde nach der Anwendung des Medicaments Pulsfrequenz und Temperatur auf die Norm gesunken sind.

Die Schweisssekretion hat inzwischen aufgehört, die Haut des Patienten ist feucht und kühl, sein Allgemeinbefinden das eines fieberfreien Individuums. Diese grossen Effekte sind freilich nicht immer zu constatiren, vielmehr fällt, wie auch bei den schon bekannten Antipyretica der antipyretische Effekt um so geringer aus, je geringer die Neigung zu spontanen Remissionen ist. Ein unverkennbarer Parallelismus besteht zwischen der Grösse der Schweissproduktion und der Intensität der Entfieberung, je stärker jene um so grösser fällt der Temperaturabfall aus.

Während das Resorcin in Bezug auf Sicherheit der Wirkung und Grösse des Effektes der Salicylsäure und dem Chinin überlegen ist, ist die Dauer der Wirkung eine viel geringere, als bei den erwähnten Mitteln; 2 bis 4 Stunden nach der Application beginnt die Temperatur unter Frostgefühl, zuweilen unter heftigem Schüttelfrost, zu steigen und hat innerhalb einer Stunde ihren alten Stand erreicht. Doch kann man, ohne Schaden für den Kranken, dieselbe Dosis mehrmals am Tage wiederholen.

Eine weitere Schattenseite des Resorcin besteht darin, dass die der Entfieberung vorangehenden Excitationserscheinungen nicht selten



eine grössere Heftigkeit erreichen. Es stellt sich ein rauschähnlicher Zustand ein, ja es kommt zu lebhaften Delirien. Die Hirnerscheinungen scheinen um so erheblicher auszufallen, je geringer der antipyretische Effekt sich gestaltet; auch scheint die Individualität der Kranken hierbei eine grosse Rolle zu spielen. Längerdauernde störende Nachwirkungen wurden bei keinem Kranken beobachtet. Niemals traten ferner Collapserscheinungen während oder nach der Resorcinwirkung auf; einen schwächenden Einfluss auf das Herz scheint das Resorcin nicht auszuüben.

Versuche durch Verabreichung rasch auf einander folgender kleinerer Gaben — es wurden bis zu 10,0 in stündlichen Grammdosen gegeben — oder durch Combination kleinerer Resorcindosen mit anderen antipyretischen Arzneimitteln die erheblichen Hirnerscheinungen ohne Schädigung des antipyretischen Effekts zu verminden, waren nicht von Erfolg gekrönt.

Nach der Resorcindarreichung nimmt der Harn an der Luft sehr rasch eine dunkelbraunschwarze Färbung an, sie rührt von einem schwarzbraunen harzigen Körper, vermuthlich einem höheren Oxydationsprodukte des Resorcins, her. Ein Theil des Resorcins erscheint im Harn als Aetherschwefelsäure und kann aus demselben wieder gewonnen werden. Albuminurie tritt im Gefolge der Resorcindarreichung nicht auf.

Bei Nichtfiebernden ist das Resorcin wirkungslos. Puls und Temperatur werden nicht beeinflusst, höchstens geht die Pulsfrequenz um wenige Schläge herab; die Hirnerscheinungen fehlen entweder vollkommen, oder sie beschränken sich auf geringen Schwindel und mässiges Ohrensausen, selbst bei grösseren, als den gegen das Fieber wirksamen Gaben.

Eine specifische Wirkung des Resorcin bei Pneumonie, Erysipel und Unterleibstyphus besteht nicht; ebensowenig hat das Mittel einen Einfluss auf die Gelenkaffektion bei Polyarthritis rheumatica. Doch scheint es, soweit sich dies aus 2 Fällen beurtheilen lässt, ein Wechselfieber-Antidot zu sein. Ungar.

---

11. **Prof. Rosenthal, Zur Bildung pflanzlicher Organismen in Arzneien.** (Wien. med. Presse. Nr. 29.)

R. fand, wie er bereits in einem in der Wiener Gesellschaft der Aerzte gehaltenen Vortrag über Arzneieinwirkungen erwähnte, in aus Land- und Stadtapotheken bezogener Fowler'scher Lösung abgestorbene Algen- und Bacterienformen. Ebenso sah er Algen- und Pilzbildungen in Strychnin-, Cumol- und Colchicinlösungen, sowie in destillirtem Wasser, das mehrere Wochen alt war. Der längere innere Gebrauch einer so beschaffenen Fowler'schen Lösung könne, besonders bei der Empfindlichkeit nervenkranker Personen, zu gastrischen Störungen und bei der in neuerer Zeit mehrfach geübten subcutanen Injection der Tinct. Fowleri zu örtlichen Entzündungen, bei zufälligem Eindringen in eine Hautvene selbst zu unangenehmen Erscheinungen Anlass geben.

Das Vorkommen von protococcusartigen Zellen in destillirtem Wasser und von Bacterien in schleimiger Zwischensubstanz (als Zooglea) erkläre die Abkunft jener Protophytengebilde in der Solutio Fowleri.



Bei der Darstellung der Solutio Fowleri nach den neueren Vorschriften würde nämlich der erkalteten Mischung schliesslich einfach nicht erhitztes destillirtes Wasser zugefügt. Es sei daher anzurathen, dass bei neuerer Ausgabe der Pharmacopoe mindestens kochendes, destillirtes Wasser zur Herstellung des Gesammtgewichtes der Solutio Fowleri in Anwendung gebracht werde. Auch empfehle sich, der Lösung 20 bis 25 Procent reinen Glycerins beizusetzen. Eine derartige Lösung sei selbst nach Monaten noch pilzfrei; sie sei ausserdem von angenehmerem Geschmacke und könne, entsprechend verdünnt, selbst zu subcutaner Injection verwerthet werden. Auch Lösungen von Chininbisulfat in kochendem Glycerin, sowie das in neuerer Zeit gebräuchliche Chininum hydrobromicum (1 Theil in 4 Theilen Glycerin erhitzt) könnten als vollkommen klare, pilzfreie Lösungen Monate lang bei gewöhnlicher Verkorkung aufbewahrt werden.

Während Pilze in Flüssigkeit von ½—¾ Procentgehalt anorganischer Säure noch fortkommen könnten, sei dies bei höherem Säuregrade nicht mehr der Fall. In schwächeren aromatischen Wässern (Aqua tiliae, anisi, carminativa u. dgl.) käme es rasch zu wuchernder Pilzbildung, während die an schärferen ätherischen Oelen reicheren Aqu. menthae crispae und piperitae länger widerständen. Wenn der alkoholische Gehalt einer Flüssigkeit bloss 2 Procent oder wenig darüber betrage, oder wenn durch längeres Stehen oder öfteres Lüften des Gefässes die Reduction bis zu dem Grade stattfände, sei der Alkohol bald in Essigsäure umgewandelt und die Pilzbildung in vollem Gange.

Ungar.

---

## Neue Bücher.

Berland, Traitement par le tartre stibié d'une forme de chorée dite électrique. Poitiers, Oudin frères.

Cavaré, De l'érysipèle chez les varioleux. Paris, Doin. 3 fr.

Chataigny, De l'anurie et de l'oligurie hystériques. Paris, Parent.

Chatillon, De l'influence des fièvres éruptives sur les névroses de l'enfance. Lyon, Vve. Chanoine.

Détourhe, Du traitement du prolapsus rectal et de la procidence hémorrhoidale par les injections hypodermiques d'ergotine. Paris, Cotillon & Co.

Fabre, De l'ataxie vaso-motrice, de son diagnostic: de la multiplicité de ses causes, des maladies que peuvent engendrer ses localisations; de son traitement et de celui des maladies qui en dérivent. Toulouse, Pinel. 3 fr.

Ferrand, Contribution à l'étude de la péricardite rheumatismale. Paris, Parent.

Gandy, De la mort par infection purulente dans la fièvre typhoïde. Paris, Doin.

Gendron, Alcoolisme héréditaire. Paris, Parent.

Godart, Etude sur les anévrysmes de l'aorte ouverts dans le péricarde. Paris, Parent.

Martin, Ueber den Scheiden- und Gebärmutter-Verfall (Samml. klin. Vorträge 183—184). Leipzig, Breitkopf & Härtel. 1 M. 50 Pfg.

Moncorvo, Du rheumatisme chronique noueux des enfants et de son traitement. Paris, Doin. 3 fr. 50 ctm.

---

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.



Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen nebst Titel und Register.

# Centralblatt
für
# KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigirt von

**Dr. H. Rühle,** Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

**Dr. D. Finkler,** Privatdocent und Assistent an der medicin. Klinik in Bonn.

**1880.** **14. August.** **Nro. 24.**

**Inhalt.** Referate: 1. **Knipping**, Beitrag zur Kenntniss des Rückfallstyphus. — 2. **Spitz**, Die Recurrens-Epidemie in Breslau im Jahre 1879. — 3. **Swiakowsky**, Ueber eine Epidemie von Kriebelkrankheit (Raphania). — 4. **Damaschino**, Muquet primitif de pharynx. — 5. **Leyden**, Ueber einen Fall von multipler Neuritis. — 6. **Sims**, Battey's Operation in Epileptoid Affections. — 7. **Gaucher**, Aphasie saturnine. — 8. **Kozda**, Statistische Studien über die Haemorrhagia cerebri. — 9. **Fräntzel**, Ein eigenthümlicher Fall von Bronchitis crouposa. — 10. **Starke**, Chirurgische Erfahrungen zur Empyem-Operation. — 11. **Yeo**, On a case in which numerous gallstones were discharged through a fistulous opening in the abdominal wall. — 12. **Babesin**, Ueber einen im menschlichen Peritonaeum gefundenen Nematoden. — 13. **Runeberg**, Zur Frage des Vorkommens der Albuminurie bei gesunden Menschen. — 14. **Lewin**, Untersuchungén über Wirkung und Verhalten des Tannins im Thierkörper. — 15. **Plumert**, Ueber subcutane Injectionen von Bicyanuretum Hydrargyri.

1. **Dr. P. Knipping** (Danzig), **Beitrag zur Kenntniss des Rückfallstyphus.** (Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. XXVI, H. 1 u. 2, p. 10.)

K. berichtet über die vorigjährige Recurrens-Epidemie in Danzig, welche 315 Fälle umfasste. Der gewöhnliche Symptomencomplex war: Beginn mit Frost, grosses Schwächegefühl, Schwindel, Kopf- und Kreuzschmerz, Hitze, Durst, Dyspepsie, Muskelschmerzen, vorwiegend in den Waden, Schmerzhaftigkeit der Hypochondrien und des Epigastrium in Folge von Vergrösserung der Milz und Leber, febris continua mit geringen Remissionen, am 5.—7. Tag rapider Abfall der Temperatur und Pulsfrequenz unter die Norm mit kritischem Schweiss, und nicht selten mit Nasenbluten. In 3,2% Delirien, in einem Drittel der Fälle leichtere Bronchitis, die aber als zufällige Complication anzusehen ist, da sie vorwiegend in die Winter- und ersten Frühlingsmonate fiel. In 4 Fällen wurde Pneumonie, resp. Pleuropneumonie beobachtet. Eine Pulsfrequenz von über 120 ist nicht ungewöhnlich; sie fällt in der Krisis, wie die Temperatur von 40 auf 33°, bis auf 60 und 50 Schläge. Nasenbluten fand sich in 22,5%, einmal Darm-, einmal Uterinblutung einer Abortirenden. Erbrechen wurde in 11,1%, Durchfall in 27,9% beobachtet. Eine prognostisch sehr böse Complication ist der Icterus, welcher 7 Fälle begleitete, von denen 2 tödtlich verliefen. Im Harn wurde nie Eiweiss gefunden, ausser bei einem Kranken, der schon vorher

mit Nephritis behaftet gewesen. In einzelnen Fällen kamen Otitis interna mit Perforation, in anderen Augenaffectionen (Iritis) ohne nachbleibende Störungen vor. Erwähnenswerth ist eine Schultergelenksentzündung, die zwischen dem 2. und 3. Anfall auftrat, bei Salicylgebrauch aber verschwand. In 15 Fällen bildete sich während der Reconvalescenz ohne Albuminurie Oedem der Beine in Folge von Anaemie und Herzschwäche, Exantheme waren nie nachzuweisen. — Da die Hauptmasse der Recurrenskranken sich aus Vagabonden recrutirt, so kann es nicht auffallen, dass das männliche Geschlecht weit häufiger befallen wird (273: 42) als das weibliche. Keine Altersklasse ist immun; das grösste Contingent stellt das 20.—30. Jahr, weil dieses Alter den Schädlichkeiten am meisten ausgesetzt ist. Die Epidemie zeigte deutlich, dass Hunger, Entbehrung, dicht gedrängtes Zusammenwohnen und Unreinlichkeit disponirende Momente sind. Die Krankheit wurde in Landstreicher-Herbergen eingeschleppt und diese wurden neue Herde. Die Ansteckungsfähigkeit ist geringer als die des Flecktyphus, wie aus den Zahlen der bei dieser und bei jener Krankheit erkrankten Wärterinnen hervorgeht. Nur einen Anfall hatten 20 Patienten, zwei Anfälle 148, drei 145, vier 2 Patienten. Der erste Anfall dauerte durchschnittlich 6, der zweite 4—5, der dritte 3 Tage. Fast regelmässig erfolgte der nachfolgende Anfall 14 Tage nach Beginn des vorhergegangenen: „Das Fieber verlief unter dem Bilde einer febris continua mit remittirendem Character, meist rapid ansteigend, um meist ebenso schnell zur Zeit der Krisis zu fallen. Die höchste Temperatur war 41,5, die niedrigste 33,5 °." Die Reconvalescenz war langsam; noch lange Zeit blieben Muskelschmerzen und grosse Schwäche zurück. — Das sicherste diagnostische Merkmal waren die Spirillen, die während des Fiebers erschienen und während der Intermission verschwanden. Die Sterblichkeit betrug 4,1 %. Bei den Sectionen fand sich meist Lungenoedem, Fettdegeneration des Herzens, Vergrösserung der Leber und namentlich der Milz. — Antipyretica waren ohne Erfolg; die Therapie war daher exspectativ und beschränkte sich auf die Darreichung von Säure und bei eintretenden Schwächezuständen auf Anwendung von Reizmitteln. In den Intervallen und während der Reconvalescenz wurde Eisen gereicht, andauernde Schlaflosigkeit mit Chloralhydrat, Erbrechen und Durchfall mit Wismuthpräparaten bekämpft.

**Stintzing (München).**

---

2. **Dr. Spitz** (Breslau), **Die Recurrens-Epidemie in Breslau im Jahre 1879.** (Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. XXVI, H. 1 u. 2, p. 439.)

Die Krankheit wurde aus Russland, resp. Polen eingeschleppt, worauf sich secundäre Infectionsherde in Oberschlesien bildeten. Die Nahrung der Bewohner und die hygienischen Verhältnisse in ihren Wohnungen ist nach S's Meinung irrelevant für die Aetiologie des Rückfallstyphus; er wird ausschliesslich von Person auf Person übertragen; das Contagium kann sich nicht selbständig durch die Luft verbreiten; ein Zwischenraum von nur wenig Fuss genügt, um die Verbreitung zu hindern. Obgleich eine Verwandtschaft des Recurrens-Infectionsstoffs mit dem des Flecktyphus nicht besteht, so ist es doch auffallend, dass auch bei dieser Epidemie eine grosse Anzahl von Fleck-



typhen vorkamen, und nicht minder interessant ist es, dass wie schon in einer Petersburger Epidemie von Zuelzer beobachtet worden ist, etwa 50 Fälle von epidemischer Cerebrospinalmeningitis die letzte Epidemie begleiteten. Auch in dieser wurde wieder constatirt, dass eine einmalige Erkrankung nicht vor Wiedererkrankung in derselben oder in einer folgenden Epidemie schützt. Mehrere Kranke bekamen unmittelbar nach Ablauf der Recurrens Flecktyphus, ohne dass sie sich während der Behandlung mit Flecktyphen in Berührung befanden; sie müssen daher während der ersteren Krankheit das Incubationsstadium der zweiten durchgemacht haben. In einem solchen Falle schien das Recurrenscontagium durch das des Flecktyphus zerstört resp. in der Entwicklung gehemmt worden zu sein, da mit dem Eintritt des letzteren die Spirillen verschwanden. Dass weit mehr Männer als Weiber, und vorwiegend das Alter von 20—30 Jahren befallen wurde, erklärt sich daraus, dass das grösste Contingent Vagabonden und solche, die mit diesen zusammen wohnen, stellen. Kein Lebensalter bleibt jedoch verschont. S. berechnet das Incubationsstadium nach verschiedenen Beobachtungen auf 7—8 Tage und nimmt an, dass Recurrens während dieser Zeit nicht ansteckend ist, sondern erst während des Fieberanfalls. Die Krankheit beginnt gewöhnlich mit einem Schüttelfrost, das Fieber wird begleitet von allgemeiner Abgeschlagenheit, Schmerzen im Kreuz und Kopf, besonders in der Stirn, Schwellung der Leber und besonders der Milz, grosse Druckempfindlichkeit in den Hypochondrien, constant von grosser Schmerzhaftigkeit der Wadenmuskeln. Nach 6 tägigem Fieber erfolgt ein kritischer Abfall der Temperatur (von 40 u. 41 auf 34,5 u. 34,0) unter profusen Schweissen, Diarrhoen und Nasenbluten. Bald tritt völliges Wohlbefinden, nach durchschnittlich $7^1/_2$ Tagen ein zweiter Anfall ein, bei welchem der Wadenschmerz und die Druckempfindlichkeit der Hypochondrien meist fehlen. Der zweite Anfall dauert 4, die darauffolgende Remission $8^1/_2$, der dritte Anfall 3, der vierte $1^1/_2$, der fünfte 2 Tage, die entsprechenden Remissionen $7—10^1/_2$ Tage. Die längste Remission betrug 13 Tage. Das Fieber ist eine febris subcontinua mit unregelmässig, aber vorwiegend Morgens auftretenden Remissionen. Nach dem Anfall wird die Temperatur subnormal; sie erreichte in einem nicht letal endigenden Falle das Minimum von 31,4°. Intermittens (Litten) kam nie vor. Kalte Bäder, Natr. salicyl., und Natr. benzoic. hatten auf das Fieber gar keinen oder nur vorübergehenden geringen Einfluss. Dagegen ist als Antipyreticum das creotinsaure Natron, welches wiederholt in Dosen von 5 gr. angewendet wurde, zu empfehlen. Die Pulsfrequenz geht im Allgemeinen parallel mit der Temperatur, häufig ist der Puls celer, häufig dicrot und überdicrot. Von 148 Kranken hatten 1 Anfall 26, 2 Anfälle 13, 3 Anfälle 39, 4 Anfälle 7, 5 Anfälle 3. Spirillen finden sich constant während des Anfalls, am zahlreichsten auf der Höhe desselben. Während der An- und Rückfälle schwillt die Milz an, so dass sie meist 3 Querfinger breit unter den Rippenbogen reicht. Die Leber erreicht bisweilen die horizontale Nabellinie. Nicht selten ist eine vorübergehende Larynxaffection, die sich in Heiserkeit, Beschwerden beim Schlucken und Schmerzen bei Druck auf den Schildknorpel kundgibt. Die Section wies in solchen Fällen Geschwüre nach. 2 mal fand sich



Urticaria, ziemlich häufig Herpes, aber kein für Reccurens characteristisches Exanthem (Botkin). Recht oft stellten sich gegen Ende des Anfalls intensive Gelenkschmerzen ein, gegen die sich Natr. salic. und benzoic. als machtlos erwiesen. Ueber die Hälfte der Kranken hatten während des Fiebers starken Eiweissgehalt im Urin; nur einmal wurde acute Nephritis, dagegen häufig Oedeme der unteren Extremitäten ohne Albuminurie beobachtet. Nicht selten waren Delirien, die mit Abfall des Fiebers auftraten. Eine prognostisch sehr bedenkliche, aber häufige Complication ist Pneumonie. Seltenere Complicationen sind Phthisis, Pleuritis, Erysipelas fac., Parotitis. In mehreren Fällen wurde Icterus beobachtet, der einige Male zum Tode führte. 5 mal trat Iridochorioiditis auf, 3 mal eitrige Otitis mit Perforation des Trommelfells. Eine schwangere Recurrenskranke abortirte. Die Sterblichkeit in dieser Epidemie betrug $4^2/_3$%, dagegen 1872/73 7,2%, Murchison gibt als Durchschnitt an 4,75%, nach Herrmann betrug die Mortalität 1865 in Petersburg 14,97%. — Die Therapie war auf Erhaltung einer energischen Herzaction gerichtet durch Verabreichung von Alcoholicis und andern Stimulantien während des Fiebers. Der Schwerpunkt ärztlichen Wirkens ist nach S.'s Meinung die Prophylaxe und „es dürfte vielleicht gelingen, die häufige Wiederkehr mehrerer Anfälle, das Ueberstehen zweier Recurrenzerkrankungen während einer Epidemie zu verhüten, sobald man die Patienten isoliren oder nur solche in einem Zimmer unterbringen würde, die in demselben Stadium der Krankheit sich befinden.“ Stintzing (München).

---

3. **W. W. Swiakowsky, Ueber eine Epidemie von Kriebelkrankheit (Raphania).** (St. Petersb. medic. Wochenschr. Nr. 29. 1880.)

Die Epidemie befiel im Herbste vorigen Jahres die Bevölkerung des Beloser'schen Kreises im Nowgoroder Gouvernement. Die dortigen Dorfbewohner leben unter sehr ungünstigen hygieinischen Bedingungen. Die Bodenkultur steht auf sehr niederer Stufe. Moos- und Schilfmoräste nehmen weite Flächen ein. Futtermangel und äusserst irrationelle Bewirthschaftung der Felder und Wälder haben in den letzten 20 Jahren Viehzucht und Ernten 20 % sinken gemacht. Alle im Kreise vorgekommenen Fälle von Raphania wurden in zwei Gemeinden beobachtet, welche sich unter den ungünstigsten Bedingungen befanden. Der grösste Theil der Bauerfelder, besonders diejenigen, auf denen sich reichlich Mutterkorn entwickelte, ist sehr niedrig gelegen und sumpfig. Dazu kommt, dass der vorige Sommer sich durch kaltes und regnerisches Wetter auszeichnete, wodurch bekanntlich die Bildung von Mutterkorn begünstigt wird. Im Roggen der stärker betroffenen Bauern fand S., dass fast $^1/_{15}$ aus Mutterkorn bestand (Methoden von Sinin und Jakoby). Im Ganzen hat er 19 Fälle von Vergiftung durch Mutterkorn mit stark ausgeprägten Erscheinungen beobachtet, wovon 4 starben, also 21 %. Ausserdem sind noch 19 Personen verzeichnet, bei welchen die Vergiftungserscheinungen weniger ausgebildet waren. „Bei allen Erkrankten zeigten sich zuerst Störungen von Seiten des Digestionstraktus, zuweilen Obstruktion, häufiger aber Durchfälle (70 %); Erbrechen wurde nur in 2 bis 3 Fällen beobachtet, wobei gleich darauf eine erhebliche Erleichterung eintrat. Zugleich mit diesen Erscheinungen



gaben alle Kranken Schwäche an, besonders in Händen und Füssen, so dass sie gezwungen waren, ihre gewöhnlichen Beschäftigungen zu unterbrechen. Auf diese Anfälle, sowie zeitweilig auftretenden Schwindel, Kopfschmerz, Schlaflosigkeit, Vertaubung der Finger mit dem Gefühl von Ameisenkriechen unter der Haut, blieb das Uebel beschränkt bei den 19 leichter Erkrankten.“ Die Behandlung bestand neben der Prophylaxe in Darreichung von Laxantien und Opiaten. Die Kranken erholten sich alle, wenn auch bei einigen von ihnen noch ziemlich lange das Gefühl von Zerschlagenheit in den Extremitäten und Abgeschlagenheit fortbestanden. — „Ganz anders erging es den übrigen 19 Kranken, bei denen die Vergiftung eine ernstere und tiefer gehende war. Alle klagten über unerträgliche reissende Schmerzen in den Extremitäten, heftige Kopfschmerzen, völlige Entkräftung und starken Durst. Alle Kranken empfanden das Gefühl von Ameisenkriechen, in einigen Fällen von so heftigen Schmerzempfindungen begleitet, dass die Kranken dadurch ausser sich gebracht wurden. Erbrechen wurde sehr selten beobachtet. Zuckungen, tonische und klonische Krämpfe betrafen hauptsächlich die Muskeln der Extremitäten, besonders die Flexoren; die Extensoren blieben in der Mehrzahl der Fälle ganz verschont. Nur bei zwei Kranken, und zwar sub finem vitae, entwickelten sich Kieferkrämpfe und Tetanus. In keinem der von mir gesehenen Fälle kam Gangrän vor. Dafür erlitten die Patienten eine bedeutende Schwächung und Abstumpfung der intellektuellen Fähigkeiten, verfielen in Schwachsinn und Melancholie.“ — „Bei allen erkrankten Individuen wurde eine scharf ausgeprägte Verminderung der Respirationsfrequenz (14—16) beobachtet; dieses war besonders bei Kindern zu bemerken. Bei keinem von den Vergifteten überstieg die Temperatur 37,7 und sie sank bei drei Kranken bis unter die Norm (35,5). In allen Fällen war der Puls verlangsamt, und die Pulswelle sehr schwach. Dabei liess sich durch die Perkussion keinmal eine deutliche Abnahme der Herzdämpfung nachweisen. Im Harn wurde Eiweiss in einem, Zucker in keinem Falle gefunden.“

E. Bardenhewer.

---

4. **M. Damaschino, Muquet primitif de pharynx.** Primärer Soor des Rachens. (Gaz. d. hôpit. Nr. 87. 1880.)

D. theilt einen Fall von Soor mit, welcher sich in den Rachengebilden entwickelte und sekundär Zunge und Mundschleimhaut befiel; erwähnt mehrere Soor-Epidemien, welche unter den vielen kachektischen Kranken des Hospitals Laennech auftraten, und bespricht die Bedingungen, unter welchen diese Krankheit zur Erscheinung kommt.

E. Bardenhewer.

---

5. **E. Leyden, Ueber einen Fall von multipler Neuritis.** (Charité-Annalen V. Jahrg. S. 206—231.)

Verf. skizzirt in historischer Uebersicht die Arbeiten, welche die Lehre von der Neuritis auf ihren jetzigen Standpunkt gehoben haben, und zeichnet in diesen Rahmen das detaillirte Bild einer multiplen Neuritis, dessen Hauptzüge ich in Folgendem hervorhebe.

Matrose P. M. aufg. 7. Februar 1878, 28 Jahre alt, früher ge-



sund, seit drei Tagen, angeblich in Folge von Erkältung, krank; Frost und Hitze, Schmerzen und Schwäche in den Extremitäten. Temp. 39,6; P. 110; Harn stark eiweisshaltig. An Ellenbogen- und Kniegelenken eine weisse ödematöse Schwellung; sehr heftige Schmerzen daselbst bei Druck gegen die Muskelmassen, ebenso am Abdomen und an der rechten Seite des Halses; Gelenke vollkommen frei; bei Bewegungen starke Schmerzen in den Muskeln; dieselben treten auch spontan ein und erstrecken sich von dem Ellenbogen resp. Knie abwärts, dem Verlaufe der Nerven folgend; sie sind „reissend" und von einem schmerzhaften Kriebeln begleitet. Extensoren der Vorderarme gelähmt und etwas atrophirt; bei forcirten Streckungsversuchen Contraktur des m. biceps. — Diagnose: rheumatisches Fieber mit multipler (symmetrischer) Neuritis; Ord.: Natr. salicyl. Morphium etc.

Im Verlauf der nächsten Wochen verschwindet die Schwellung der Gelenkgegenden; die Schmerzen und Schwäche verbreiten sich bei mässigem Fieber auf die ganzen Extremitäten einschliesslich der Schultern. Bald beginnt an den Händen eine deutliche Muskel-Atrophie sich bemerklich zu machen; rechts treten die Zwischenknochenräume abnorm stark hervor; rechts beginnende Atrophie der Extensoren der Unterschenkel sowie der Waden-Muskulatur; links weniger ausgesprochen; spontane Bewegungen, besonders an den Oberextremitäten nur in geringem Grade möglich, passive sehr schmerzhaft. Links an Hand und Vorderarme, rechts an der Hand, beiderseits von den Knien abwärts Herabsetzung der Gefühlsschärfe, Sehnenreflexe an den Knien vollständig erloschen; bei plötzlichen Stichen in die Fusssohlen keine Reflexzuckungen. Starke elektrische Ströme erzielen rechts nur geringe Reaktion; links gelingt es überhaupt nicht, Zuckungen hervorzurufen.

Dann lassen unter zeitweiligem Aufflackern die Schmerzen allmählig nach und das Allgemeinbefinden, welches unter dem Einfluss derselben zurückgegangen war, fängt an, sich zu heben. Doch haben die Extremitäten von dem Krankheitsprocesse schon stark gelitten. Am 1. Juni ist die Haut an beiden Vorderarmen verdickt; der Haarwuchs ist auffallend stark; die Epidermis an den Fingern schilfert sich ab; die Nägel sind bräunlich, nach vorne gekrümmt. Die Muskulatur an den Oberarmen etwas vermindert; deutlich ausgesprochene Atrophie der Vorderarme und Hände. Schwache Contraktur in den Ellenbogengelenken; auch in den Handgelenken ist die Bewegung behindert; am stärksten ist die Bewegungsstörung an den Fingern; links Klauenhand, aktiv gar keine Streckung möglich, die Hand selbst in Extensionscontraktur; rechts Hand und Finger in Extensionscontraktur. In den Beinen alle Bewegungen freier, Kniephänomen deutlich herabgesetzt, keine epilepsie spinale. Die Muskulatur der Beine im Verhältniss zur Körperconstitution atrophisch; am deutlichsten ist die Atrophie der Wadenmuskeln; die Füsse in pes-equinus-Stellung durch Contraktur der Wadenmuskeln. Die elektrische Untersuchung ergab Herabsetzung der Erregbarkeit für beide Stromesarten, im Stadium der ausgeprägten Atrophie Entartungsreaktion. Die Sensibilität ist an beiden Händen noch in geringem Grade herabgesetzt, an den Füssen fast vollständig normal. Von subjektiven Beschwerden wird nur noch ein leichtes Kriebeln in den Zehen bei Bewegung derselben angegeben; eigentliche Schmerzen nicht mehr vorhanden.



Nach Aufhören der entzündlichen Reizerscheinungen schritt an den Unterextremitäten die Regeneration weiter fort; dieselben gingen ihrer Heilung entgegen. An den Vorderarmen blieben Contraktur und Atrophie bestehen mit starker Beeinträchtigung der Funktion; die Besserung machte keine erheblichen Fortschritte. Inzwischen hatte die Nierenkrankheit sich weiter entwickelt; Nierenschrumpfung und Urämie führten am 7. Januar 1879 zum Tode.

Die Sektion ergab: Herz gross, linker Ventrikel hypertrophisch; Nieren im Zustande exquisiter Granularatrophie. Das Rückenmark lässt äusserlich wie auf Querschnitten nichts abnormes erkennen. „Beide n. n. ischiadici in eine ödematöse leicht gelblich aussehende Scheide eingebettet; auf dem Durchschnitt keine Alteration zu erkennen; die n. n. tibialis und peronei normal. Die Muskulatur der Ober- und Unterschenkel blassroth. — „Die n. n. radiales bis zur Ellenbeuge herab normal; in der Ellenbeuge selbst geht der Nerv ziemlich plötzlich in eine breite, flache, sulzige Masse über, innerhalb deren auf dem Durchschnitt nur wenig anscheinend intakte Nervenbündel zu erkennen sind. Die verdickte Stelle hat zwei Cent. Länge und geht, sich schnell verdünnend, in das periphere Ende der n. n. radiales über, in welchem makroskopisch keine Degeneration zu erkennen ist. Die Muskeln des ganzen linken Vorderarms sind von blassröthlicher Farbe und erscheinen verdünnt. Der m. interosseus I, der abductor und der flexor pollicis sind dünn, von sulziger Consistenz und auffallend blassröthlicher Farbe. — Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass das Rückenmark intakt war. „An den n. n. radiales bestand die Verdickung aus Fettzellgewebe (neuritis lipomatosa); in diesem lagen die bedeutend degenerirten Nervenbündel; Scheiden verdickt; zwischen Scheide und Inhalt treten Spalten hervor; Nervenmasse atrophisch; Fasern meist marklos, sehr derb, glänzend, verdickt; um die Gefässe herum Pigmenthaufen (von Hämorrhagien herrührend) abgelagert; keine Kernwucherung oder Bindegewebsentartung. Nach oben überschreitet die Degeneration die Anschwellung nicht; nach unten lassen sich die beschriebenen Veränderungen bis in die Muskeln hinein verfolgen. Die Muskeln abnorm blass und gelblich; deutliche myositische Atrophie der Bündel; in den Muskeln der Hand sind die Kerne entschieden vermehrt, in den verbreiterten Interstitien abnorm viel Fettzellgewebe; in den Muskeln der Vorderarme und Unterschenkel sind die Veränderungen weniger weit fortgeschritten."

Wir haben es demnach mit einer multiplen degenerativen Neuritis zu thun, welche durch besonders eklatante Symptome sich auszeichnet. L. bespricht ähnliche Beobachtungen aus der Literatur und erinnert an die Aehnlichkeiten, welche weniger eklatante Fälle mit dem Symptomenkomplex der subakuten spinalen Paralyse bieten müssen; es sei unzweifelhaft, dass manche dahin gerechnete Fälle peripherer, neuritischer Natur seien; dafür spreche nicht allein der günstige Verlauf, sondern auch die Schmerzhaftigkeit und das frühe Eintreten der Entartungsreaktion. Auch in Betreff der progressiven Muskelatrophie hält L. es für wahrscheinlich, dass sie in dem einen Fall centralen, in dem anderen peripheren Ursprungs sei.

Im Anschluss bespricht L. „die pathologische Anatomie der Neu-



ritis". Der vorliegende Fall bietet keine Spur von Kernwucherung und beweist, dass man in leichteren Fällen diese nicht zum Nachweis der Neuritis fordern darf. Es handelt sich dabei meistens um Congestion und Schwellung, welche sehr lebhaft sein und doch spurlos verschwinden können. Unser Fall vereinigt alle Formen in sich; nicht immer ist das der Fall, in anderen Fällen ist mehr die Degeneration, in anderen mehr die Hyperämie und Schwellung hervortretend; dieses sind die akuten, jenes die chronischen, besonders die sekundären Neuritiden. — L. glaubt folgende Formen von Neuritis unterscheiden zu können:

I. Die einfache akute Neuritis und Perineuritis (Experimente von Tiesler-Klemm u. A.; vermuthlich in vielen Fällen von Neuralgie.

II. Die chronische Perineuritis.

III. Die degenerative Neuritis

1) primäre; a. traumatische, b. rheumatische, c. saturnine, d. bei akuten Krankheiten, e. akute multiple degenerative, f. diffuse (Eichhorst).
2) sekundäre; a. absteigende Neuritis mit Myositis nach schweren akuten Erweichungen des Rückenmarks, b. degenerative N. der chronischen Myelitides (Kilian), c. die aufsteigende, degenerative N. (Existenz fraglich nach Einigen bei progressiver Muskelatrophie und Bleilähmung).

In der dann folgenden „Symptomatologie der Neuritis" geht L. des Näheren auf die einzelnen Symptome ein. — Die meisten Fälle von Neuritis bieten nicht alle Symptome in grosser Deutlichkeit dar, daher die Diagnose unsicher und eine andere Deutung der Krankheit, als Rückenmarkskranheit, möglich werden kann. „Die entschiedenen Symptome, welche die Diagnose ermöglichen, sind meiner Ansicht nach die Hyperästhesie an der entzündeten Stelle des Nerven (Anschwellung daselbst wie in unserem Falle selten), ausstrahlend in das Verbreitungsgebiet, namentlich Empfindlichkeit der Muskeln resp. der Haut auf Druck, ferner leichte Erscheinungen von Anästhesie; motorisch ausser der Hyperästhesie der Muskeln Schwäche oder Lähmung mit schnell eintretender Atrophie, an den atrophischen Muskeln Entartungsreaktion. — Die Bedeutung des letztgenannten Symptoms ist gerade in letzter Zeit wieder zweifelhaft geworden. . . . . . Mir scheint es, dass die Bedeutung der Entartungsreaktion nicht so entschieden ist". Dieselbe kommt auch bei spinalen Erkrankungen vor, oder es müssten die betr. Fälle als Neuritiden aufgefasst werden (s. o.).

Den Schluss der Arbeit bilden Bemerkungen über die Disposition der verschiedenen Arten von Neuritis sich hierhin oder dorthin zu verbreiten, und über das Verhältniss derselben zu Erkrankungen des Rückenmarks. Die Wiedergabe der reichen Details dieser Bemerkungen sowohl wie der ganzen Arbeit würde die Grenzen des Referates überschreiten; dieselben sind im Original nachzusehen.

E. Bardenhewer.

---

6. **Sims, Battey's Operation in Epileptoid Affections.** (N.-Y. Med. Rec. June 5. S. 622.)

In einer der diesjährigen Sitzungen der „American Medical Association“ in New-York besprach S. die Bedeutung dieser Operation (Entfernung der Ovarien) und theilte seine vier letzten Fälle mit. — Er hat im Ganzen 11 Mal operirt und hält diese Behandlung für entschieden berechtigt. Nur diese vier Fälle wurden vollständig antiseptisch behandelt.

Der erste Fall betraf eine Dame von 30 Jahren, die lange an Dysmenorrhoe gelitten hatte. Die Periode war immer von Krämpfen und heftigen Rückenschmerzen mit Uebelkeit, Erbrechen und hysterischen Zuckungen begleitet. Patientin war seit 8 Jahren verheirathet; in dieser Zeit Steigerung sämmtlicher Symptome. Kurz nach Vollziehung der Ehe traten zur Zeit der Menstruation epileptoïde Anfälle auf, die allmälig an Dauer und Heftigkeit zunahmen. Neben Vaginismus, Retroversion und Stenose war auch eine Vergrösserung und grosse Empfindlichkeit beider Ovarien vorhanden.

Anfangs dieses Jahres wurde die Operation gemacht. Der Erfolg war in jeder Hinsicht ein befriedigender, da kein einziger Anfall wiedergekommen ist und das Allgemeinbefinden sich bedeutend gebessert hat.

In dem zweiten Fall war ebenfalls Hystero-Epilepsie vorhanden. Patientin war niemals ohne Schmerzen, die von den Beckenorganen ausgingen. Sie litt auch an Dysmenorrhoe und Retroversion. Beide Ovarien waren sehr empfindlich. Die Operation brachte die ersehnte Befreiung von den Schmerzen und der Gesundheitszustand hat sich allmälig gehoben. Der dritte Fall verlief unglücklich, da Sims das viel empfohlene Aethylbromid probirte. Die vierte Patientin 20 J. alt litt seit ihrer Kindheit an „Convulsionen“, „die bei jeder Erkrankung sowie bei der geringsten Anämie“ auftraten. Mit 10½ J. menstruirt hatte sie bis ins 15. Lebensjahre heftige, die Periode begleitende Krämpfe. Nach einer nicht näher bezeichneten Behandlung besserten sich diese Leiden, kehrten aber nach wenigen Monaten häufiger und heftiger zurück. Die Krämpfe hatten eine ausgesprochene Aura, die vom Uterus ausging und nach den Ovarien hin strahlte. Die Menses waren unregelmässig-spärlich, und schmerzhaft. Druck auf den Uterus und die Eierstöcke brachte die Aura aber keine Krämpfe hervor. Die im Januar gemachte Operation hatte keine sofortige Abnahme ihrer Convulsionen verursacht, obgleich eine geringe zunehmende Besserung berichtet wurde.

In derselben Sitzung theilte Pallen (New-York) seine Erfahrung in drei Fällen von Oöphorectomie mit. Als er im Jahre 1872 seine erste Operation ausführte, wusste er gar nichts von den Operationen, die Koeberle und Battey schon gemacht hatten. Seine Fälle waren auch Hystero-Epilepsie resp. „Reflex-Katalepsie“. Zwei starben an allgemeiner Peritonitis, die dritte wurde vollständig geheilt. Battey hat 15 Mal operirt, zweimal mit unglücklichem Ausgang. In geeigneten Fällen zieht er den Vaginalschnitt vor.

Warren.



7. **Ernest Gaucher, Aphasie saturnine.** Aphasie nach Bleivergiftung. (Moniteur de la Policlinique, Nr. 28.)

Ein 32jähriger Arbeiter einer Bleiweissfabrik, der 5 Wochen vorher wegen Bleikolik in das Hospital aufgenommen worden war, fällt, nachdem er wiederum 2 Tage in der Fabrik gearbeitet hatte, plötzlich mit Verlust des Bewusstseins zusammen. Die Ohnmacht währt circa $^1/_4$ Stunde, Krämpfe treten nicht ein. Wiederum in das Hospital zurückgebracht klagt Patient über sehr heftigen andauernden Kopfschmerz, sonst bestehen von Zeichen der Bleivergiftung nur noch der Saum am Zahnfleisch und habituelle Stuhlverstopfung. Drei Tage später treten Delirien und Schwindelanfälle hinzu, verlieren sich jedoch wieder am folgenden Tage. Wiederum 8 Tage später, während welcher Zeit der Kopfschmerz allmälich an Heftigkeit nachgelassen hatte, stellt sich plötzlich anamnestische Aphasie ein, ohne dass Intelligenz, Motilität oder Sensibilität irgend einen Defect zeigen, nur der Kopfschmerz ist wiederum heftiger geworden. Sowohl Laut- als Schriftsprache sind gestört. Diese Aphasie verliert sich wiederum innerhalb eines halben Tages, als Patient nach einigen Stunden Schlaf erwacht, ist sie geschwunden, gleichzeitig hat der Kopfschmerz an Heftigkeit verloren.

Als Ursache dieser transitorischen Aphasie glaubt G. die Bleivergiftung ansprechen zu müssen. Für die Art und Weise, wie die Vergiftung diese Störung herbeigeführt habe, kämen 2 Hypothesen in Betracht: Einmal könne cerebrale Anaemie die Veranlassung sein, dann auch sei eine direkte Wirkung des Blei's auf die Hirnsubstanz möglich. Nehme man letzteres an, so lasse sich das rasche Schwinden der Aphasie dadurch erklären, dass die giftige Substanz sich nicht in dem Hirn festgesetzt habe und desshalb in kurzer Zeit eliminirt oder doch deplacirt werden konnte. Ungar.

---

8. **Jos. V. Kozda, Statistische Studien über die Haemorrhagia cerebri.** (Wiener Med. Presse, Nr. 10 u. 11.)

Verfasser hat sich der Aufgabe unterzogen, die während der Jahre 1868—1877 in den drei grossen Wiener Krankenhäusern (k. k. allgemeines Krankenhaus, Wiedener- und Rudolph-Spital) zur Beobachtung gelangten Erkrankungen an Haemorrhagia cerebri, im Ganzen 927 Fälle, zusammenzustellen und zum Gegenstande einer statistischen Studie zu machen. Auf die dankenswerthe Arbeit, welche sich zu einer kürzeren, referirenden Mittheilung nicht eignet, ist aufmerksam zu machen. Ungar.

---

9. **Prof. Fräntzel. Ein eigenthümlicher Fall von Bronchitis crouposa.** Aus den klinischen Beobachtungen. (Charité-Annalen V. Jahrg. St. 295.)

Ein 22jähriger Soldat aus schwindsüchtiger Familie bis zu seiner Erkrankung kräftig und dienstfähig, erkrankte plötzlich, indem er unter Hustenstössen einen Tassenkopf voll dunklen Blutes entleert. Von diesem hustet er in den nächsten Tagen noch grössere Mengen aus; im Glase aufgefangen, bildete dasselbe 2 Schichten: die untere



besteht aus einer blutigen Flüssigkeit, in der oberen finden sich wirkliche Bronchial-Gerinnsel in Gestalt von Röhren, welche mit Blut gefüllt und mit zahlreichen Luftblasen durchsetzt sind, ohne Beimengung von Bronchial- und Lungenepithel sowie von Leyden'schen Krystallen. In der linken Seitenwand besteht Dämpfung, unbestimmtes Athmen und feinblasiges Rasseln, Dämpfungsgrenzen des Herzens etwas erweitert, 2ter Pulm.-Ton verstärkt. Im Urin Eiweiss. Letzteres sowie die Blutung und das geringe Fieber verschwanden bis zum 11. Tage nach dem Beginn der Erkrankung, als plötzlich von Neuem eine reichliche Blutung mit denselben Bronchial-Gerinnseln eintrat und sich in den nächsten Tagen in sehr reichlicher Menge unter höherem Fieber, Wiederauftreten von Nephritis und Hinzutreten von Endocarditis wiederholten und schliesslich zum Tode führte. Die Section ergab: Frische Endocarditis, Trübung der Nierenepithelien, in den Lungenspitzen alte in Zerfall begriffene Verdichtungsherde sowie frische granulirte graue Hepatisationen stellenweise zerstreut in den untern Lappen. In den Bronchien fand sich ausser einer geringen Lumens-Erweiterung nur „die Schleimhaut überall glänzend spiegelnd und stark injicirt."

Der ganze Verlauf der Erkrankung mit dem anfallsweise auftretenden Fieber, der frischen Endocarditis und Nephritis und dem Milztumor lassen den Fall als einer Infections-Krankheit ähnlich erscheinen. Die Bronchial-Gerinnungen scheinen, da sie zum Theil hohl und von frischen Blutcoagulis gefüllt waren und bei der Section die Schleimhaut der Luftröhre intact war, aus den Alveolen zu stammen „und zwar so, dass zuerst die Bronchialwände von im flüssigen Zustande ausgeschiedenen und an ihnen gerinnenden Fibrinmassen belegt und in die so gebildeten Schläuche dann das gerinnende Blut ergossen wird."

Bartold.

---

10. **Ober-Stabsarzt Dr. Starke, Chirurgische Erfahrungen zur Empyem-Operation.** (Charité-Annalen V. Jahrg. St. 641—660.)

Verf. bespricht auf Grund seiner Erfahrung eingehend einzelne Puncte der Indication und Art der Empyem-Operation, deren frühzeitige Ausführung durch den Schnitt unter strengen antiseptischen Cautelen er warm das Wort redet. Bei Besprechung der Flüssigkeit, mit welcher Ausspülungen einer Empyemhöhle vorzunehmen sind, werden die Unsicherheit, zum Theil auch die Gefährlichkeit der üblichen dazu verwandten Flüssigkeiten erwähnt und dann auf Grund eigener Erfahrung die vortreffliche antiseptische aber reizlose Wirkung starker Borsäurelösungen gerühmt. Da man stets warme Lösungen verwendet, so kann man leicht eine von 10% sich herstellen. Setzt man nach Kochsalz $2^1/_2$—5—10% hinzu, so wird dadurch sowohl die fäulnisswidrige Wirkung derselben als auch das specifische Gewicht erhöht. Indem dadurch die zum Ausspülen zu benutzende Lösung ein sp. G. von 1075 annimmt, gelingt es den 1033 schweren Eiter leichter aus schwer zugänglichen Falten und Taschen zu heben und zu entleeren.

Bartold.



11. J. **Burney Yeo, On a case in which numerous gallstones were discharged through a fistulous opening in the abdominal wall.** Ueber einen Fall, in welchem zahlreiche Gallensteine durch eine fistulöse Oeffnung in der Bauchwand entleert wurden. (The Lancet, Nr. 6. Vol. II, 1880.)

Patientin, 56 J. alt, hatte in vergangenen Jahren mehrmals an Gallensteinkolik mit Ikterus gelitten; dann bildete sich ein Abscess an der rechten Seite des Bauches, in der regio hypogastrica, $^{3}/_{4}$ Zoll von der Mittellinie und 5 Zoll unterhalb des Nabels. Nachdem derselbe sich geöffnet, entleerten sich im Laufe einiger Monate 78 aus Cholestearin und Gallenpigment bestehende Steine, während anhaltend eine beträchtliche Menge glasigen Schleims, niemals aber Galle abfloss. Die innerhalb der Bauchwand verlaufende Fistel wurde von Lister gespalten; dieselbe führte nach oben und aussen in einen rundlichen Tumor, welcher ungefähr in der Mitte zwischen crista ilei und Rippenbogen lag; noch 25 Steine wurden dadurch entfernt. Die Fistel entstand nach Yeo dadurch, „dass die in der Gallenblase durch eingeklemmte Steine verursachte ulcerative Entzündung zur Adhäsion der oberhalb gelegenen Bauchwand führte, und der ulcerative Prozess seinen Weg durch die adhärirende Bauchwand frass, bis er die Oberfläche erreichte". Patientin wurde geheilt entlassen.

E. Bardenhewer.

---

12. **Babesin, Ueber einen im menschlichen Peritonaeum gefundenen Nematoden.** (Virchow's Archiv Bd. 81. S. 158.)

Bei der Section einer 30—40jährigen weiblichen Leiche wurde zwischen Milz und Zwerchfell ein mit beiden verwachsener 16 Mm. breiter bindegewebiger Knoten gefunden, in dessen Innerem beim Durchschneiden ein versteinerter Knäuel angetroffen wurde. Letzteres repräsentirte einen ca. 400 mal so langen als dicken Wurm (14 Cm. lang, 035 Mm. dick), der in seiner ganzen Länge ziemlich gleich dick war. Die Mundöffnung liegt an dem einen, die Afteröffnung am anderen Leibesende. Der Darm verläuft gestreckt. Die Geschlechtsorgane bestehen aus geschlängelten, den grössten Theil der Körperhöhle einnehmenden Schläuchen. Alle noch sonst vorhandenen Charakteristica stimmen nun wesentlich zu keiner anderen Gruppe von Würmern als zu den Filariden und spec. zum Genus Filaria. Ihn noch genauer zu rubriciren, ist indess nicht möglich und Verf. zieht daher vor, ihn vorerst Filaria peritonei terminis zu nennen. Ribbert.

---

13. **Prof. J. W. Runeberg, Zur Frage des Vorkommens der Albuminurie bei gesunden Menschen.** (Deutsches Archiv für klin. Med. Bd. VXVI, Heft 3 u. 4, p. 211.)

Das Auftreten von Eiweiss im Harn hängt zum Theil ab von der individuell verschiedenen Permeabilität der Filtrationsmembran, und es ist nicht unwahrscheinlich, dass diese bei manchen Individuen eine derartige ist, dass schon innerhalb der Grenzen physiologischer Circulationserkrankungen Albumin transsudirt, während in den meisten



Fällen pathologische Circulationserkrankungen hierzu erforderlich sind. In der Litteratur sprechen sich die einen Autoren für das Vorkommen einer Albuminurie bei Gesunden aus, andere halten sie für „Bright'sche Diathese" oder für ein Anfangsstadium von Nephritis etc. R. stellt sich daher die Frage: „Handelt es sich in diesen Fällen wirklich um eine Albuminurie unter physiologischen Verhältnissen oder vielmehr nur um unentwickelte Formen von Nephritis?" Gegen letztere Annahme spricht, dass selbst bei längerer Beobachtung jedes positive Symptom einer Nephritis fehlte. Ferner kommt eine transitorische Albuminurie oft unter pathologischen Verhältnissen vor, welchen eine Circulationsstörung zu Grunde liegt, ohne dass ein nephritischer Process angenommen werden kann. Die Störungen (mechanische Circulationsstörungen, febrile Affektionen, epileptische Anfälle, Vergiftungen etc.) rufen bei manchen Individuen, so gering sie sein mögen, schon Albuminurie hervor, während bei andern selbst hohe Grade diesen Effect nicht haben. Auch der konstante Befund von Eiweiss im Harn aus den letzten Stunden Sterbender oder aus Leichen, der sich leicht aus der Herzschwäche und der aufhörenden Circulation erklärt, gehört hierher. Diese Umstände, sowie die grosse Frequenz der Fälle, in denen eine solche Albuminurie vorkommt, lassen diese mit gutem Grunde als eine in das Gebiet der Physiologie fallende Erscheinung betrachten.

Die Albuminurie hängt aufs Innigste mit Circulationsstörungen zusammen, und zwar in der Art, dass ein niedrigerer Filtrationsdruck in den Glomerulis die Permeabilität der Filtrationsmembran vergrössert und dadurch die Transsudation des Albumins erleichtert. Hierbei finden natürlich bedeutende individuelle Verschiedenheiten statt. Einmal kann die Durchgängigkeit der Membran bei gleichem Druck bei verschiedenen Individuen verschieden sein, dann aber können äussere Einflüsse auf die Circulation individuell sehr ungleich wirken. Unter den Einflüssen, die sich auf die Hervorrufung, resp. Steigerung des Albumingehalts — besonders bei geschwächter Herzthätigkeit und Circulation — geltend machen, sind vor Allem körperliche Bewegungen anzuführen. Dadurch dass eine reichlichere Menge Blut zu dem arbeitenden Muskel (Ranke) fliesst, sinkt der Blutdruck in den inneren Organen, woraus sich die Albuminurie erklärt. Die Filtratmenge hängt ausser von der Beschaffenheit der Membran und von den Druckverhältnissen ab von der „Concentration, resp. dem Wassergehalt der Flüssigkeit, der Beschaffenheit ihrer festen Bestandtheile, der Schnelligkeit des Blutstroms, der Temperatur und von andern weniger bekannten Faktoren". Angesichts dieser mannichfaltigen Einflüsse, die sich nicht gleich hinstellen lassen, ist es unmöglich, ein proportionales Verhältniss zwischen Harnmenge und Albumingehalt zu finden. Wenn indess die Bestimmungen der Harnmengen, des Albumingehaltes etc. wegen der bedeutenden Schwankungen, die im Verlauf von 24 Stunden möglich sind, immer nach gewissen Perioden des Tages und der Nacht einzeln gemacht werden, so dürften sie doch ein aufklärendes Resultat liefern. R. konnte bei seinen derartig angestellten Versuchen die Beobachtungen von Bartels bestätigen, dass bei Nierenschrumpfung der Albumingehalt bei Bewegung zunimmt, bei Ruhe sich vermindert, und dass die Harn-



menge Nachts grösser ist als bei Tage, die Albuminmenge aber umgekehrt grösser bei Tage als bei Nacht. Dass sich diese Thatsache, wie Bartels will, aus dem durch Bewegung gesteigerten Druck in den Glomeruli erkläre, ist nach dem Obigen nicht richtig. In einigen Tabellen vergleicht R. die Menge und den Albumingehalt des bei Tage und des bei Nacht gelassenen Harns. Danach ist die Harnmenge Nachts grösser als bei Tage und entspricht die gesteigerte Harnmenge vermindertem Albumingehalt und umgekehrt. Nachts führt eben die Ruhe eine Steigerung des Drucks herbei. Aus einer weiteren Tabelle, in welcher eine Reihe von Tagen der Vormittags, Nachmittags und Nachts gelassene Urin nach seiner Menge, sowie nach dem procentischen und absolutem Albumingehalt pro Stunde berechnet angegeben ist, ergibt sich, dass sowohl der procentische Gehalt als auch die pro Stunde abgesonderte absolute Menge an Eiweiss Vormittags am grössten, Nachmittags geringer und Nachts am kleinsten ist. Nach diesem Allem ist es unzweifelhaft, „dass körperliche Bewegungen überhaupt eine verminderte Harnabsonderung mit reichlicherem Albumingehalt hervorrufen, Ruhe umgekehrt, namentlich bei mangelhafter Energie im Herzen und Circulationsapparat“. Auch die Fälle, in welchen in Folge von Gemüthsbewegungen Albuminurie beobachtet wurde, sind zu erklären durch verminderte Energie in der Circulation, Herabsetzung des arteriellen Blutdrucks und in Folge dessen des Filtrationsdrucks in den Glomeruli. — „Die Lehre von der Abhängigkeit der Albuminurie von einem gesteigerten Blutdruck muss man nun definitiv verwerfen lassen.“ R. schliesst sich in Bezug auf die Physiologie der Harnsecretion ganz der Filtrationstheorie an und bekämpft die von Heidenhain vertretene Secretionstheorie.

Stintzing (München).

---

14. **Lewin, Untersuchungen über Wirkung und Verhalten des Tannins im Thierkörper.** (Virchow's Archiv Bd. 81. S. 74.)

Die Unklarheit, die über die Wirkungsweise des Tannins bei innerlicher Darreichung noch besteht, veranlasst Verf. zu einer Reihe von Untersuchungen über die Gerbsäure. Es wird zunächst das chemische Verhalten derselben geprüft. Der Umstand, dass Eiweisslösungen durch Tannin gefällt werden, könnte für die Verdauung verhängnissvoll werden. Allein das gefällte Eiweiss wird bei Gegenwart von nur wenig 0,1-prozentiger Salzsäure leicht wieder gelöst und in künstlichen Verdauungsversuchen geht die Peptonisirung des Eiweisses trotz Anwesenheit der Gerbsäure gut vor sich, ohne dass hierbei das Tannin zersetzt würde. Auf Blut und Lymphe wirkt die Gerbsäure erst bleibend gerinnend ein, wenn durch zu reichlichen Zusatz die Alkalescenz dieser Flüssigkeit aufgehoben wurde. Die antiputriden Eigenschaften des Tannins sind bekannt und leicht durch Zusatz von Tanninlösung zu fauligem Blut zu demonstriren. Es hört dann jede weitere Zersetzung auf. Der Umstand, dass ein Muskel in eine concentrirte Tanninlösung getaucht kürzer und dünner wird (Hennig) und Elasticitätsänderungen zeigt, führt zu weiteren Versuchen. Der Gastrocnemius von Fröschen, denen 0,2—0,3 Grm. Tannin injicirt wurde (gleichgültig wohin), wurde nach



Verbindung mit einem Myographion mit 100 Grm. belastet. Es ergab sich, dass die primäre Dehnung der dem Tannineinfluss unterworfenen Muskeln, ebenso die Nachdehnung absolut geringer ist als die gleich grosser normaler Muskeln, während dieselben Muskeln entlastet ihrer ursprünglichen Länge näher kommen, als die normalen. Verf. schreibt diesen Umstand wesentlich der Sauerstoff entziehenden Eigenschaft des in den Körpersäften gebildeten Alkalitannates zu. Er erhielt an Muskeln, deren Arterie mehrere Stunden abgeklemmt war, dieselben Resultate. Von Rosenstein und Fikentscher waren Beobachtungen über die Wirkung des Tannins auf Gefässe angestellt worden, und hatten Beide gefunden, dass die Gefässe des Mesenteriums resp. der Zunge bei Aufträufeln von Tannin sich nicht verengten, sondern etwas erweiterten. Verf. hält dem entgegen, dass einmal die in Betracht kommenden Zahlen durchaus nicht von Belang sind und dass andererseits die in der That nach anfänglicher Verengerung eintretende geringe Erweiterung durch die Stase des Blutes genügend erklärt würde. Die Resorption des Tannins bei innerlicher Darreichung anlangend, so steht derselben gemäss dem oben geschilderten Verhalten der Gerbsäure gegenüber dem Verdauungsprocess und den Körperflüssigkeiten nichts im Wege. Was das weitere Schicksal des Tannin im Körper angeht, so konnte durch Harnuntersuchungen bei irgendwie erfolgter Einverleibung von Tannin nachgewiesen werden, dass nicht sämmtliches Tannin im Blut zu nicht mehr Eiweiss fällenden Substanzen oxydirt wird, dass daher ein Theil der eingeführten Gerbsäure sehr wohl im Stande ist; entferntere Wirkungen im Körper zu entfalten. Solche machen sich z. B. geltend durch Verminderung der Urinmenge, durch Contraction der Milz, ferner auch durch die Aufhebung diarrhoischer Zustände, bei denen neben der Wirkung vom Darm aus auch die des im Blute circulirenden Tannins in Betracht kommt. Die Zweifel hinsichtlich der adstringirenden Eigenschaften des Tannins sind damit gehoben. Betreffs der Darreichung der Gerbsäure muss noch hervorgehoben werden, dass sich die Einführung in Pulverform nicht empfiehlt, dass das Tannin vielmehr entweder als Tanninalbuminat, oder in alkalischer Lösung, oder in seiner Lösung durch Eiweiss gefällt und in dieser Mischung mit kohlensaurem Natron gelöst gegeben werden soll. Ribbert.

---

15. **Dr. Plumert, Ueber subcutane Injectionen von Bicyanuretum Hydrargyri.** (Prager medicin. Wochenschrift 1880 No. 25.)

Pl. theilt eine 35 Fälle von Syphilis in allen Stadien umfassende Versuchsreihe mit, in denen Hydrarg. bicyan. subcutan und zwar 0,01 alle 2 Tage zumeist auf den Oberarm applicirt wurden. Die Wirkung ist gleich den übrigen unter die Haut gebrachten Hg-Praeparaten bei leichteren Formen eine rasche, während bei schweren Formen mit Infiltration des Papillarkörpers und der Follikel bessere Resultate erzielt wurden durch eine die Proruptionsproducte direct angreifende Schmierkur. Die Injection muss vorsichtig gemacht werden, schmerzt ziemlich beträchtlich. Ging die Injectionsmasse zwischen die Hautlamellen, so entstand Necrose der Haut bis zum Umfange von 4 cm., Abscesse waren selten, aber recht häufig traten schon nach geringer



Dosis Stomatitis ein und „am überraschendsten profuse dysenterische Diarrhoeen bis zum förmlichen Collaps". Injection (0,01) in infiltrirte Drüsen förderte die Erweichung und Resorption derselben. Da ausserdem das Praeparat eine äusserst lockere chemische Verbindung ist, die sich leicht und schnell zersetzt und öfters frisch bezogen werden muss, wenn man seine Wirkung rein erhalten will, so schien sich das Verfahren unter Berücksichtigung der anderen Nebenwirkungen des Praeparates wenig zu empfehlen.

Bartold.

---

## Neue Bücher.

Cavaré, De l'érysipèle chez les varioleux. Paris, Doin.

Delefosse, Leçons cliniques sur l'uréthrotomie interne. Paris, J. B. Baillière et fils.

Debelut, Contribution à l'étude des adhérences dans le cancer de l'estomac. Paris, Parent.

Hardwicke, Medical education and practice in all parts of the world. London, Churchill. 10 sh.

Kocks, Die normale und pathologische Lage und Gestalt des Uterus, sowie deren Mechanik. Anatomisch - gynaekologische Studie. Mit 6 lithographirten Tafeln und 1 Holzschnitt. Bonn, Max Cohen & Sohn. 5 Mark.

Mendel, Die progressive Paralyse der Irren. Eine Monographie. Mit 12 Tafeln Abbildungen. Berlin, Hirschwald. 13 Mark.

Monod, Etude clinique sur les indications de l'uréthrotomie externe. Paris, Delahaye & Comp.

Morin, Mémoire à consulter pour la guérison des phthisiques. Paris, Asselin.

Peyraud, Du traitement de la diphthérie par les applications locales de bromure de potassium pur. Paris, Doin. 2 fr.

Raehlmann, Ueber die neuropathologische Bedeutung der Pupillenweite. (Samml. klin. Vorträge 185.) Leipzig, Breitkopf & Härtel. 75 Pfg.

Roberts, On the digestive ferments and the preparation and use of artificially digested food. London, Smith and Elder. 4 sh. 6 d.

Robin, De l'électro-puncture dans la cure des anévrysmes intra-thoraciques, étude expérimentale et clinique. Paris, Malteste & Comp.

Smith, Précis clinique des affections des voies urinaires chez l'homme; Tome I. Anatomie; Urologie; Affections de l'urèthre. Paris, Delahaye & Comp.

Tyson, Guide to the practical examination of Urine. 3rd. ed. revised and corrected, illustrated. Philadelphia. 7. sh. 6 d.

Waldenburg, Die pneumatische Behandlung der Respirations- und Circulationskrankheiten im Anschluss an die Pneumatometrie und Spirometrie. 2. verm. Aufl. erweitert um einen Beitrag über das Höhenklima. Mit Holzschnitten. Berlin, A. Hirschwald. 14 Mark.

Woakes, On deafness, giddiness, and diseases in the head. 2nd. ed. enlarged and revised with illustrations. London, Lewis. 7 sh.

Wolffberg, Die Impfung und ihr neuester Gegner. Bonn, Max Cohen & Sohn. 1 Mark.

---

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.





Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen nebst Titel und Register.

# Centralblatt
für
# KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigirt von

**Dr. H. Rühle**, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

**Dr. D. Finkler**, Privatdocent und Assistent an der medicin. Klinik in Bonn.

**1880.** **21. August.** **Nro. 25.**

**Inhalt.** Original: **Ribbert**, Ueber die anatomischen Folgezustände nach Unterbindung des Pancreasganges. — Referate: 1. **Malassez**, Sur les perfectionnements les plus récents apportés aux méthodes et aux appareils de numération des globules sanguins, et sur un nouveau compte-globules. — 2. **Riess**, Ueber den Einfluss des Alkohols auf den Stoffwechsel des Menschen. — 3. **Grandhomme**, Die Theerfarben-Fabriken der Herren Meister, Lucius und Brüning in Höchst am Main. — 4. **Héger**, Sur les pouvoir fixateur de certains organes pour les Alcaloides introduits dans le sang qui les traverse. — 5. **Hardy**, Un cas d'hémorrhagie cérébrale limitée à la capsule externe. — 6. **Couty**, Sur la forme et le siège des mouvements produits par l'excitation corticale du cerveau. — 7. **Baeumler**, Ueber einen eigenthümlichen Einfluss von Gehirnkrankheiten auf den Verlauf der Lungenphthise. — 8. **v. Rinecker**, Ueber Microcephalie vom psychiatrischen Standpunkte aus. — 9. **Kussmaul** und **Meyer**, Ein Fall von multiplem Gliomen in der Cerebrospinalaxe unterhalb der Grosshirnschenkel. — 10. **Goltz**, Zur Physiologie des Gehirns. — 11. **Heiligenthal** und **Frey**, Experimentelle Studien über die Wirkung der heissen Luft- und Dampfbäder. — 12. **Schultze**, Ueber eigenthümliche Entwicklungsanomalien des Rückenmarks und die neuropathische Constitution. — 13. **Rumpf**, Ueber Reflexe. — 14. **Schulz**, Halbseitenläsion des Rückenmarks. — 15. **Guttmann**, Ein bemerkenswerther Fall von inselförmiger multipler Sclerose des Hirns und Rückenmarks. — 16. **Reynier** und **Richet**, Expériences relatives au choc péritonéal. — 17. **Dujardin-Beaumetz**, Sur un cas de triple anévrysme de l'aorte. — 18. **Samuelson**, Ueber den Einfluss der Coronar-Arterien-Verschliessung auf die Herzaction. — 19. **Maly**, Ueber einige Verhältnisse der Magenverdauung. — 20. **Ermann**, Zur Casuistik der acuten Leberatrophie nach Phosphorvergiftung. — 21. **Cellan**, Beiträge zur Behandlung der Diphtheritis. — 22. **Kien**, Quelques sur le traitement de la diphthérie par le Benzoate de soude. — 23. **Zeissl**, Ueber die Excision der syphilitischen Initialsclerose und die Behandlung der Syphilis.

## Ueber die anatomischen Folgezustände nach Unterbindung des Pancreasganges.

Von **Dr. Hugo Ribbert**,
Assistenten am pathologischen Institut zu Bonn.

In Nr. 23 dieser Zeitschrift hat Finkler die Resultate der Harnuntersuchung bei einem Kaninchen und 5 Fröschen mitgetheilt, denen der Ductus pancreaticus unterbunden worden war. Zwei Frösche starben schon früher, ihr Pancreas wurde nicht mehr untersucht. Im Folgenden gebe ich die anatomischen Befunde in den fraglichen 4 Organen.

Das Pankreas des 8 Wochen nach der Operation gewaltsam getödteten Kaninchens bot makroskopisch ausser einer etwas grösseren



Transparenz keinen wesentlichen Unterschied vom normalen. Die einzelnen Drüsenläppchen schienen nach Form und Grösse unversehrt. Dagegen waren die grösseren Ausführungsgänge erheblich dilatirt und besonders der gemeinsame Ductus pancreaticus bis zu Federspuldicke ausgedehnt. Die Dilatation ging aber auch auf die feineren und feinsten Gänge über und liess sich bis zu den scheinbar normalen kleinsten Drüsenläppchen verfolgen. Der Inhalt der dilatirten Gänge war ein helles, dünnflüssiges, klares Fluidum, mit welchem Finkler keinerlei Fermentwirkung mehr hervorbringen konnte.

Das ganze Organ nebst den grösseren Ausführungsgängen wurde behufs mikroskopischer Untersuchung in absoluten Alkohol gelegt. Nach guter Härtung angefertigte und mit Tannin gefärbte Schnitte gaben nun ganz entsprechende Verhältnisse zu erkennen, wie sie von Paulow [1]) geschildert worden sind. Dieser Autor fand, stark gesagt, eine Atrophie des gesammten functionirenden Drüsenparenchyms bei gleichzeitiger Zunahme des interlobulären und interacinösen Bindegewebes. Auch er fand die Ausführungsgänge stark dilatirt. Dieselben mikroskopischen Bilder, nur wesentlich hochgradiger, entsprechend der längeren Zeitdauer seit der Unterbindung, gab unser Pankreas. Bei Paulow lebten nämlich die Kaninchen höchstens 30 Tage nach der Unterbindung des Ganges, das unserige wurde erst nach 8 Wochen getödtet. So fand ich denn also, dass die makroskopisch scheinbar intakten Drüsenläppchen manchmal kaum noch Reste von Epithel aufwiesen. Alles war durch ein kernreiches Bindegewebe ersetzt, welches sich circulär um etwa noch vorhandene Reste von Drüsengewebe anordnete. Letzteres war an einigen Stellen noch in etwas grösserer Ausdehnung erhalten, bildete hier und da noch kleine Acini, während jene letzten Reste nur noch aus undeutlich begrenzten und ohne acinöse Anordnung nebeneinanderliegenden Zellen bestanden. Nur die Kerne waren stets noch gut erhalten. Grössere Drüsenparthien, die etwa noch mit Ausführungsgängen im Zusammenhang gestanden hätten, waren jedoch nirgends mehr zu erkennen. Diese Ausführungsgänge selbst wurden umgeben von einem etwas weniger kernreichen, derberen, concentrisch angeordneten Bindegewebe, die kleinsten sowohl wie die grössten, wie der gemeinsame Ductus pancreaticus selbst, dessen Wandung normalerweise nur dünn ist, jetzt aber auch ohne Erhärtung ziemlich starr war. Das weite Lumen wurde in den Gängen jeder Grösse begrenzt durch ein Epithel, welches auffallenderweise für den relativ hohen Druck, der doch sicherlich im Lumen geherrscht hatte, noch recht hoch war. Die Zellen waren regelmässig kubisch, in dem Ductus pancreaticus selbst allerdings etwas niedriger als in den kleineren Gängen.

Weit weniger hochgradig waren die Veränderungen in dem Pankreas der drei Frösche. Ja die eigentliche Drüsensubstanz selbst ist mikroskopisch kaum von der normalen zu unterscheiden. Nur etwas kleiner erscheinen die einzelnen Epithelien und ihre Anordnung ist etwas unregelmässiger, nicht mehr deutlich acinös. Aber Bindegewebsentwicklung zwischen den einzelnen Acini hat nicht stattgefunden.

1) Pflüger's Archiv, Bd. XVI. S. 123.



Dem Kaninchenpankreas analoge Veränderungen konstatirte ich nur um die kleineren und grösseren Ausführungsgänge. Hier war ein nicht sehr derbes, kernreiches, ziemlich reichliches Bindegewebe concentrisch um das Lumen angeordnet. Letzteres war weit und mit dem wesentlich normalen Epithel ausgekleidet.

Entsprechend diesen mikroskopischen Verhältnissen war auch das makroskopische Aussehen kein von der Norm erheblich abweichendes. Zwei Pankreas kamen mir zwar etwas kleiner als normal vor, das dritte aber sah ganz intakt aus.

Aber das Wesen der Sache anlangend, ist zwischen dem Kaninchen und den Fröschen kein Unterschied. Bei den letzteren gehört offenbar weit längere Zeit dazu, bis das Pankreas in eben so ausgiebiger Weise auf die Unterbindung seines Ganges antwortet, wie bei dem Kaninchen. Eine Zeit von mehreren Wochen genügt nur, um die Anfänge des Processes in Gestalt von Bindegewebswucherung um den Ausführungsgang herbeizuführen.

Pathologisch-anatomisch ist es bekannt, dass Verengerungen und Verschliessungen des Ductus pancreaticus durch irgend welchen Vorgang zu bindegewebigen Atrophien des Pankreas führen. So war es auch in dem von Finkler angeführten Fall, wo im Kopfe des Pankreas bei einem Diabetiker eine apfelgrosse Cyste gefunden wurde und der im Pankreas verlaufende Ductus erheblich dilatirt war. Hier war die Atrophie so weit gegangen, dass von Drüsensubstanz überhaupt nichts mehr zu sehen war, höchstens hier und da vorkommende runde Häufchen einer körnigen Substanz als Reste derselben gedeutet werden konnten. Das ganze Organ war erheblich verkleinert, bildete gleichsam nur noch eine dicke Wand um das erweiterte Lumen des Ganges, und bestand nur noch aus derbem Bindegewebe mit eingestreuten Häufchen von Fettzellen.

So stimmen die experimentell und klinisch gewonnenen Resultate dahin überein, dass durch Unterbindung des Pankreasganges Untergang der Drüsensubstanz und Verdrängung derselben durch Bindegewebe veranlasst wird.

---

1. **L. Malassez, Sur les perfectionnements les plus récents apportés aux méthodes et aux appareils de numération des globules sanguins, et sur un nouveau compte-globules.** Ueber die jüngsten Vervollkommnungen der Methoden und Apparate der Blutkörperchenzählung und über ein neues Instrument. (Archives de physiologie normale et pathologique par Brown-Séquard, Charcot, Vulpian; II. série, XII. année 1880. pag. 377—419.)

Nach Besprechung der verbesserten Methoden von Malassez, Hayem-Nachet, des Haemacytometers von Gowers und des von Zeiss in Jena construirten Apparates schildert der Verfasser einen neuen Blutkörperchenzähler, dessen Anwendung ausführlich beschrieben wird. Die Methode im Auszug mitzutheilen ist nicht thunlich, weshalb auf das Original verwiesen wird. Nussbaum.

---



2. **L. Riess, Ueber den Einfluss des Alkohols auf den Stoffwechsel des Menschen.** (Zeitschrift f. klin. Medicin. Bd. II. Hft. 1. pag. 1.)

Verf. hat zwei Versuchsreihen darüber angestellt, wie bei methodischer Alkoholeinfuhr die Harnausscheidungen bei fieberlosen Menschen sich verhalten, um damit einen Beweis für die Temperatur herabsetzenden und den Stoffumsatz verringernden Einfluss des Alkohols zu gewinnen.

Der Harnstoff ist nach Liebig's Methode bestimmt. In beiden Fällen zeigte sich eine beträchtliche Abnahme der Harnstoffausscheidung während der Tage, an denen Alkohol in den Organismus eingeführt wurde. „Gleichzeitig vermindern sich, theils in stärkerem, theils in schwächerem Grade die Harnbestandtheile, die wir beim gesunden Menschen in der Regel mit dem Harnstoff schwanken su sehen pflegen, nämlich die Harnsäure, das Kochsalz, die Phosphorsäure und die Schwefelsäure."

In einem Falle zeigte sich bedeutende Zunahme des Körpergewichts während der Alkoholperiode. Die Dosen des Alkohols sind als sehr grosse zu bezeichnen. Im 2. Versuche entsprach die täglich eingeführte Alkoholmenge 3—5 ccm Alkoh. absol. auf 1 Kilo Körpergewicht.

„Nach allem sind die mitgetheilten Versuchsreihen wohl im Stande, den vermindernden Einfluss, den der Alkohol auch in grossen Gaben beim Menschen auf den Stoffumsatz äussert und der sich in beträchtlicher Abnahme der Stickstoffausscheidung sowie der hauptsächlichsten anorganischen Salze im Urin zeigt, möglichst schlagend zu beweisen. Es ist bei solchem Einfluss unzweifelhaft, dass der Alkohol, indem durch seine Verbrennung im Organismus ein gewisser Theil des Stoffwechsels erspart wird, als Nahrungsmittel aufzufassen ist, und dass der günstige Einfluss, den wir von den alkoholischen Getränken, sowohl auf die Leistungsfähigkeit des gesunden, wie auf die Erhaltung der Kräfte des kranken Menschen sehen, neben der excitirenden Wirkung des Alkohols auf diese seine ernährende Eigenschaft zurückgeführt werden muss."

**Finkler.**

---

3. **Dr. Grandhomme** in Hofheim am Taunus. **Die Theerfarbenfabriken der Herren Meister, Lucius und Brüning in Höchst am Main.** (Eulenburg's Vierteljahrschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen Band 32, Heft 1, p. 120—125; Heft 2, p. 280—320. Band 33, Heft 1, p. 78—126.)

Verf. beschreibt in dieser durch drei Hefte gehenden, 96 Seiten langen, Abhandlung den Betrieb der betreffenden Fabrik nach allen den Arzt interessirenden Richtungen hin in grosser Ausführlichkeit. Der Hauptnachdruck wird auf die gesundheitlichen Verhältnisse der Arbeiter gelegt. Die Rohstoffe und die Erzeugnisse der Fabrikation werden in ihren Wirkungen auf den thierischen Körper geprüft und ihr Einfluss auf den Menschen beobachtet. Es werden dabei zahlreiche Literaturangaben erwähnt und mit den Ergebnissen der eigenen Untersuchung verglichen.

Ein in Specialitäten eingehendes Referat ist wegen des reichhaltigen Stoffes nicht möglich; wir können in dieser Beziehung nur auf das Original verweisen und beschränken uns auf folgende Angaben:

Die Fabrik erzeugt vorwiegend Anilin und Alizarin, sowie eine Anzahl Derivate des Anilins, deren vornehmstes das Fuchsin ist. Während dasselbe bei der früher üblichen Fabrikation mit Arsenik als heftiges Gift wirkte, ist es jetzt, wo das Arsenik aus dem chemischen Process vollständig verbannt ist, durchaus unschädlich.

Das aus Anthracen erzeugte Alizarin giebt zu keinen Fabrikkrankheiten Anlass.

Anders verhält es sich mit dem Anilin: Der Rohstoff desselben ist das Benzol, welches durch Salpeter- und Schwefelsäure in Nitrobenzol umgewandelt wird. Aus diesem wird durch Zusatz von metallischem Eisen und Salzsäure durch Destillation das Anilin gewonnen. Benzol sowohl als Nitrobenzol sowie die Dämpfe der Säuren können bei unvorsichtiger Anwendung und schlechter Ventilation Vergiftungserscheinungen hervorrufen. In der Höchster Fabrik sind dieselben nicht zu Tage getreten.

Die Einathmung concentrirter Anilindämpfe und der lange Aufenthalt in den betreffenden Fabrikräumen erzeugen in manchen Fällen deutlich umgränzte Vergiftungserscheinungen, den Anilismus, welcher sowohl acut als chronisch auftreten kann, und sich durch allgemeine Depressionserscheinungen: grosse Mattigkeit, Schwindel, Ohnmachten, Cyanose etc. charakterisirt. In einzelnen seltenen Fällen tritt der Tod ein. In der betreffenden Fabrik sind während 5 Jahren nur 12 Fälle von Anilismus leichteren Grades vorgekommen und alle in wenigen Wochen geheilt worden. Vermehrte Vorsicht bei der Bereitung und geschärfte Aufmerksamkeit auf die ersten Symptome der Krankheit haben in letzter Zeit die Salubrität in der Fabrik gehoben.

Verf. macht auf zwei Krankheitserscheinungen aufmerksam, welche bisher in der Literatur nicht erwähnt waren: Strangurie bedingt durch Cystitis in Folge des Anilismus und gesteigerte Schweisssecretion an den Händen in den Fabrikräumen, wo Anilinfarben, namentlich Eosin und Fuchsin bereitet werden.

In Betreff der Einzelheiten verweisen wir, wie gesagt, auf das Original.

Leo.

---

4. **P. Héger, Sur les pouvoir fixateur de certains organes pour les Alcaloides introduits dans le sang qui les traverse.** Ueber die Fähigkeit gewisser Organe Alcaloide aus dem sie durchströmenden Blute zurückzuhalten. (Comptes rendus t. XC. Nr. 21. 1880. p. 1226—1227.)

Durchströmungsversuche an überlebenden Organen lehren, dass die Leber am energischsten Alcaloide fixirt, während der Lunge diese Fähigkeit fast ganz abgeht. — Ebenso verhalten sich dieselben Organe im lebenden Thiere. Nach Injektion von Nicotin in eine Mesenterialvene erscheint kaum die Hälfte im Lebervenenblute wieder, während nach Injektion in die Cruralarterie $^6/_7$ der Menge im Blute der Vene wiedergefunden wird. Das in der Leber aufgehäufte Alcaloid wird bald mehr durch die Lymphe (z. B. Nicotin), bald mehr durch die Galle (z. B. Strychnin) allmählig wieder entfernt.

N. Zuntz.

---





5. **Prof. Hardy, Un cas d'hémorrhagie cérébrale limitée à la capsule externe.** Ein Fall von Hirnblutung auf die capsula externa beschränkt. (Gaz. méd. de Paris 1880. Nr. 25.)

Ein 26jähriger Drucker bekam nach 10tägigem hauptsächlich rechtsseitigem heftigem Kopfschmerz Morgens Schwindel, Schwäche, ohne Störung des Bewusstseins, Lähmung der linken Extremitäten und Verlust der Sprache. Nach zwei Tagen war das Sprechvermögen wieder vorhanden. Sensibilität nicht gestört. Nach 4 Tagen trat Erbrechen ein, heftiger Kopfschmerz bei langsamem unregelmässigem Pulse. Während diese Erscheinungen bei ableitender Behandlung verschwanden, nahm die geistige Abstumpfung zu. Pat. starb. Bei der Autopsie fand sich eine Blutung in die Capsula externa, diese ganz einnehmend, der Nucleus lentiform. zurückgedrängt, die Capsula interna in ihrem vorderen Theile comprimirt, während die hintere Hälfte frei geblieben, was die Erhaltung der Sensibilität erklärt. Roux.

---

6. **Couty, Sur la forme et le siège des mouvements produits par l'excitation corticale du cerveau.** Ueber die Art und den Sitz der durch Erregung der Hirnrinde bedingten Bewegungen. (Compt. rend. t. XC. Nr. 21. 1880. p. 1223—1225.)

Verf. findet die Bewegungen, welche bei Reizung der sogenannten motorischen Zone der Hirnrinde von Hunden und Affen auftreten, sehr inconstant. Nicht nur bei verschiedenen Versuchsthieren, sondern auch bei längerer Fortsetzung des Experiments am selben Thiere hat Reizung ein und derselben Stelle ganz verschiedene Wirkungen. Ebenso schwankend ist die Ausdehnung der motorischen Zone bei verschiedenen Versuchsthieren. Diesen Ergebnissen gemäss verlangt Verf. eine Revision der Lehre ven den Functionen der Hirnrinde. Die beobachteten Bewegungserscheinungen glaubt er durch Fortleitung der Reizung zu bulbären Centren erklären zu müssen.

N. Zuntz.

---

**Die fünfte Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte in Baden-Baden am 5. u. 6. Juni 1880. Aus dem Bericht von Dr. Moritz Mayer zu Heppenheim.** (Centralblatt für Nervenheilkunde, Psychiatrie etc. 1880. Nr. 14.)

7. Prof. Baeumler (Freiburg): Ueber einen eigenthümlichen Einfluss von Gehirnkrankheiten auf den Verlauf der Lungenphthise.

B. bespricht, gestützt auf mehrere Beobachtungen, in denen die Sektion käsige Herde resp. Tuberkel im Gehirn ergab, die Latenz gröberer Lungensymptome bei Gehirnerkrankungen und zwar besonders das Zurücktreten des Fiebers und physikalischer Lungenerscheinungen. Er erklärt sich diese Thatsache durch Hemmungswirkungen vom Centralnervensystem aus.



8. Hofr. Prof. v. Rinecker (Würzburg): Ueber Mikrocephalie vom psychiatrischen Standpunkte aus.

R. bespricht die Aehnlichkeiten der Kinder zweier Mikrocephalenfamilien; dieselben ähneln sich in den äusseren Formen ungemein, ebenso in psychischer Beziehung durch Latenz aller höheren Seelenthätigkeiten, durch grosse Schwierigkeit, die Aufmerksamkeit auf einen bestimmten Gegenstand zu lenken bei stark entwickeltem Nachahmungstrieb. R. bespricht eine Schädelmessungsmethode, welche beweist, dass beim Normalmenschen der Basalumfang des Schädels erheblich kleiner ist, als der Horizontalumfang, während beim Mikrocephalen sich dies umgekehrt gestaltet. R. glaubt, dass der Mikrocephalie eine gemeinsame, noch nicht genauer zu präcisirende Ursache zu Grunde liege.

9. Geh.-Rath Prof. Kussmaul und Dr. Meyer (Strassburg): Ein Fall von multiplem Gliomen in der Cerebrospinalaxe unterhalb der Grosshirnschenkel.

K. stellt in einem Falle die Diagnose auf myelitische Herde in Brücke und Rückenmark. Die makroskopische Untersuchung ergab an den betreffenden Stellen gar keine Veränderung, erst die von M. ausgeführte mikroskopische wies ein sogen. Neurogliom nach. Da aber in solchen Fällen kein eigentlicher Tumor sich finde, so müsse es unentschieden bleiben, ob es sich um ein Neoplasma oder eine entzündliche Hyperplasie handele.

10. Prof. Goltz (Strassburg): Zur Physiologie des Gehirns.

G. zerstörte mit einer Bohr- oder Schneckensäge bei Hunden Schichten der ganzen Gehirnoberfläche mit Erhaltung des Versuchsthiers. Darnach war kein Muskel gelähmt. Empfindung und Sinne zwar erhalten, aber stumpf, Intelligenz bedeutend herabgesetzt. Das Thier ist im höchsten Grade blödsinnig. Bleibt ein Theil der Gehirnoberfläche intakt, gleichgültig ob Hinter- oder Vorderhirn, so ist die Verdummung geringer. Die ganze Hirnrinde ist demnach der Sitz der höheren Seelenthätigkeit und hat mit der Motilität nichts zu schaffen. Bei der Zermalmung der grauen Substanz treten nur dann Bewegungen ein, wenn die weisse Substanz direkt getroffen oder per contiguitatem gereizt wurde.

11. Dr. Heiligenthal und Dr. Frey (Baden): Experimentelle Studien über die Wirkung der heissen Luft- und Dampfbäder.

F. und H. haben während 5 getrennter Perioden an sich selbst Versuche angestellt, bei genau abgewogenen gleichen Nahrungsmitteln und somatisch und psychisch gleichmässiger Beschäftigung. Luft- und Dampfbäder wurden successive bis 58° gesteigert, die Pulskurven werden bei den Luftbädern mehr lang gestreckt, bei den Dampfbädern steiler. Bei beiden wird die Sensibilität der Haut wesentlich erhöht, die Harnsäure um ca. das Doppelte vermehrt, die Harnstoffmenge, Wasserausscheidung und das Körpergewicht vermindert, die Circulation beschleunigt. In der Haut zeigt sich bessere Ernährung, erhöhte Vita-



lität, die entlastend auf innere Organe wirkt. Auf das Nervensystem ist die Wirkung die einer funktionellen Anregung und allgemeinen Tonisirung. Das Dampfbad ist eingreifender und passt mehr für jüngere, kräftigere Individuen, das Luftbad mehr für sensible, ältere Personen. Günstig wirken diese Bäder bei Neuralgien, auch solchen nach Spinalirritationen, Ischias, Hemikranie und häufig auch bei selbst verschleppten Fällen von Exsudativmeningitis, auch bei verschiedenen Formen von Hysterie und Hypochondrie.

12. Prof. Dr. Schultze (Heidelberg): Ueber eigenthümliche Entwicklungsanomalien des Rückenmarks und die neuropathische Constitution.

S. erblickt in bestimmten Abnormitäten des Nervensystems, besonders des Rückenmarks, den greifbaren Ausdruck der sogen. neuropathischen Disposition und führt als solche an: zu geringe Entwicklung gewisser Theile, Spaltbildungen — diese namentlich bei degenerativ veranlagten Menschen — und Lücken im Rückenmark, die leicht zur Bildung von Neoplasmen und myelitischen Vorgängen Veranlassung geben, Fehlen der Markscheiden, kleine Hämorrhagien, besonders in den Seitensträngen, die im Kindesalter angeblich häufig bei Krampfkrankheiten sich finden sollen. (Cf. Fr. Schultze, Centralbl. f. Nervenheilkunde, Psychiatrie etc. 1878. Nr. 8 und Eisenlohr, ibidem 1880. Nr. 3 und Dr. Pick in Prag, Berl. klin. Wochenschr. 1879. Nr. 10.)

13. Dr. Rumpf (Düsseldorf): Ueber Reflexe.

R. fand, dass bei längerer Anwendung starker faradischer Ströme unmittelbar auf den Schädel bei dazu disponirten Personen zuweilen Analgesie und erhöhte Muskelerregbarkeit der entgegengesetzten Seite, ein der Hypnose ähnlicher Schlaf und hyperämische Erscheinungen der entgegengesetzten Schädelseite auftreten. R. fasst diese Symptome als reflektorische, durch das Gefässnervensystem vermittelte auf und glaubt, dass es sich um ähnliche Reflexerscheinungen beim Hypnotismus handele.

Oebeke (Endenich).

---

14. **Dr. Rich. Schulz** in Braunschweig, **Halbseitenläsion des Rückenmarks.** (Centralblatt für Nervenheilkunde, Psychiatrie etc. 1880. Nr. 15.)

S. berichtet über einen Fall, in welchem ein kräftiger Mann mit einem Messer einen Stich zwischen dem process. spin. des 5. und 6. Brustwirbels, um ein Geringes von der Mittellinie nach rechts abweichend, erhalten hatte. Etwa 6½ Monate nachher konstatirte S. folgende Erscheinungen. Die rechte untere Extremität ist durchweg etwa 1 cm dünner, als die linke. Muskelgefühl und Muskelsinn im rechten Bein vermindert. Pat. kann Lageveränderungen desselben nicht genau angeben: ein neuer Beweis für Brown-Séquard's Behauptung, dass die Bahnen für den Muskelsinn ungekreuzt verlaufen, die Kraft des rechten Beines vermindert, die Motilität gestört, die Bewegungen schwerfälliger, unsicherer. Die Haut des rechten Beines und der rechten Rumpfhälfte genau bis zur Mittellinie in der Höhe des 7. Brust-

wirbels stark hyperästhetisch, oberhalb dieser Grenze eine schmale anästhetische Zone. Kitzelgefühl, Tastsinn rechts lebhaft, Schmerzsinn und Sehnenreflexe gesteigert, Temperatursinn normal.

Links zeigen Bein und Rumpf bis hinauf zum 6. Brustwirbel Erhaltung des Tastsinns, aber Analgesie. Oberhalb dieser Grenze links eine schmale hyperästhetische Zone. Die Erhaltung des Tastsinns links wird durch Unversehrtheit der rechten Hinterstränge erklärt. Galvanische und faradische Erregbarkeit der Nerven und Muskeln im rechten und linken Bein unverändert. Harn- und Stuhlentleerung normal.

Oebeke (Endenich).

---

15. **Dr. Paul Guttmann, Ein bemerkenswerther Fall von inselförmiger multipler Sclerose des Hirns und Rückenmarks.** (Zeitschrift für klin. Medicin Bd. II. Heft I. pg. 46.)

Der Fall betrifft eine Kranke, welche mehrere Jahre lang beobachtet wurde. Vor Beginn der Erkrankung soll ein Fall auf den Kopf stattgefunden haben. Es bestand totale Anaesthesie der linken Körperhälfte, Verlust des Gesichts-, Geruchs-, Gehörs- und Geschmackssinnes auf der linken Seite, Lähmung des linken Hypoglossus, des linken Abducens, schwächere Wirkung des linken Facialis, Motilitätsparese der linksseitigen Extremitäten mit Neigung nach links vorwärts zu fallen, Schwachsinn, alberne Schwatzhaftigkeit mit Corrumpirung vieler Worte durch die vorangesetzte Silbe „ver“. Auch rechterseits bildete sich Schwäche der Muskelwirkung aus, Schwindelgefühl und Schmerz im linken Hinterkopf. Ein apoplektiformer Anfall ohne Bewusstseinsstörung mit vorübergehender Aphasie. Pat. starb an Phthise.

Die Diagnose auf inselförmige, multiple Sclerose (Wernicke) stützte sich auf: äusserst langsame stetig progressive Entwicklung der Krankheit; der Verlauf der Krankheit, in welchem Entwicklung der Hemianaesthesie, Motilitätsparese auf den rechten Extremitäten, Sprachstörung, Zunahme der Allgemeinerscheinungen, Kopfschmerz, Erbrechen, Krampfanfälle beobachtet wurden, erstreckt sich über mindestens 6 Jahre. Der Krankheitsverlauf entsprach nicht einem Tumor, „denn zunächst wäre schon eine so lange Dauer bei Tumoren eine grosse Seltenheit, ferner aber wäre gar nicht zu verstehen, dass von Anfang an so ausgeprägte Herderscheinungen fast ohne alle subjektiven Beschwerden sich entwickelt haben sollten; bekanntlich ist der Tumor diejenige chronische Gehirnerkrankung, welche mit den allergrössten subjektiven Beschwerden einhergeht“. Das Grimassiren und die explosive Sprache erinnerten an die Störungen, welche durch sclerotische Prozesse verursacht sind.

Die Lähmungserscheinungen der Extremitäten erklärt der Sektionsbefund des Rückenmarks: „Denn von der Mitte des Dorsalmarks herab erstreckte sich die bindegewebige Degeneration fast über den ganzen Querschnitt des Rückenmarks. Vermisst aber wird erklärender Befund für die Hemianaesthesie und Lähmung des linken Abducens. Die Lähmung des Hypoglossus und vielleicht auch die Sprachstörung erklärt der sclerotische Herd im untern Drittel der Olive.“

Auch die Möglichkeit des Zusammenhangs der explosiven Sprach-



weise mit der Sclerose dieser Stelle wird zugegeben. Der beobachtete Schwachsinn findet Erklärung in der erheblichen Atrophie des Gehirns und der Ansammlung von Flüssigkeit in den Ventrikeln, multiple Herde in der Marksubstanz sind zu vermuthen.

Der hystologische Befund beweist, dass es sich um typische multiple Sclerose handelte. „Die Ersetzung der Nervensubstanz in grösseren Plaques durch ein eigenthümliches Narbengewebe, welches aus welligen Bindegewebsfibrillen und, wo der Prozess frischern Datums ist, aus ebensolchen Zügen aneinander gelagerter spindelförmiger Zellen besteht, dürfte bei keinem andern Prozesse sonst vorkommen. Diese welligen Züge zeigten sich auf Querschnitten durch das Rückenmark in der Ebene des Schnittes verlaufend, was bei strangförmigen Degenerationen, z. B. Tabes, kanntlich nicht vorkommt. . . . . . Der Prozess hat vielmehr die Kennzeichen einer chronischen, narbigen Myelitis, was den vorgeschrittenen Ansichten Leydens über die Identität der multiplen Sclerose und der chronischen Myelitis durchaus entspricht.“ Neben Herden im Rückenmark, der Med. oblongata, Olive, in der Vierhügelgegend bestand ependymäre Sclerose am calamus scriptorius und in der Gegend des Vaguskernes, andere Herde im Pons, an der Stelle des linken Abducens, und im hintern Drittel der inneren Kapsel werden angenommen.

Finkler.

---

16. **P. Reynier** und **Ch. Richet, Expériences relatives au choc péritonéal.** Experimente über Choc vom Peritoneum her. (Compt. rend. t. XC. Nr. 21. 1880. p. 1220—1223.)

Durch Injektion von 5 bis 25 gr siedenden Wassers oder 1 gr concentrirter Eisenchloridlösung in die Bauchhöhle von Kaninchen wird ein stetiges Absinken der Temperatur bewirkt. Der Collaps führt in weniger als 24 Stunden zum Tode des Thieres, ohne dass Eiterungserscheinungen am Peritoneum oder eine organische Laesion anderer Organe nachweisbar wären. — Die Verf. finden den Zustand dem von Kaninchen mit durchschnittenem Dorsalmark vergleichbar.

Den Beweis, dass es sich um eine durch Ueberreizung bedingte Erschöpfung nervöser Centra handelt, finden die Verf. in der Beobachtung, dass durch Chloralhydrat betäubte Kaninchen den Eingriff viel länger überleben. Durch lange fortgesetzte elektrische Reizung des Peritoneums konnte ähnlich hochgradige Abkühlung nicht erzielt werden.

[Man vergl. die analogen Experimente von Sonnenburg, Arch. für experim. Path.]

N. Zuntz.

---

17. **Dr. Dujardin-Beaumetz, Sur un cas de triple anévrysme de l'aorte.** Ein Fall von dreifachem Aneurysma der Aorta. (L'Union méd. Nr. 95. 1880.)

Ein 48jähriger Mann, früher nicht an körperliche Arbeiten gewohnt, wurde zum Tragen schwerer Lasten gezwungen. Seine Klagen betrafen einige vage Schmerzen, ein wenig Husten. Seit November 1878 hat er zuweilen Beklemmungsanfälle gehabt, welche er wenig achtete, da er sie in Verbindung brachte mit dem mühsamen Husten. Schmerzen im Rücken, in der Brust und in der linken Seite. Beim



Essen wird ein gewisses Hinderniss beim Schlucken verspürt, er war gezwungen zu trinken um festere Bissen passiren lassen zu können. An der hinteren Seite des Thorax findet man einen ziemlich ansehnlichen hervorspringenden Tumor links von der Wirbelsäule, von der 2. bis zur 5. oder 6. Rippe. Der innere Rand ist ungefähr 2 cm von den Processus spinosi entfernt, der äussere entspricht dem inneren Rand der scapula. Oberfläche ziemlich gleichmässig, in der Mitte eine stärkere Schwellung, hier fühlt man keine Rippen. Sicht- und fühlbares Pulsiren isochron mit dem Radialpuls. In der ganzen Ausdehnung Dämpfung. Zwei Töne ein wenig verwischt und schwach. Keine Spur von Geräuschen. An der vorderen Seite im zweiten, rechten Spatium intercostale, nahe am Sternum, Pulsation isochron dem Radialpuls. Im ersten und zweiten Intercostalraum eine Dämpfung von 5—6 cm. Keine Geräusche, zwei deutliche Töne. Herzdämpfung normal. Herzstoss im 5. Spatium intercostale unter der Mamilla. Auch an der Herzspitze kein Geräusch. Puls in den Carotiden und Radiales normal, ein wenig klein aber regelmässig. Diagnosticirt wurde: zwei Aneurysmen, eines vorn den aufsteigenden Theil des Arcus aortae einnehmend, das zweite am absteigenden Theil des Arcus. Behandlung: Ruhe und 1,0 gr Kali Jodatum täglich. Hierdurch entsteht eine wesentliche Besserung, so dass P. nach 3 Monaten entlassen wird. Nachdem P. seine Beschäftigungen wieder aufgenommen hat, treten alle Erscheinungen in grosser Intensität auf. Aeusserlich haben die Aneurysmen nicht zugenommen, eher hat das hintere ein wenig abgenommen. Sehr erschwerte Deglutition. Starke Abmagerung. Aus Furcht vor einer Ruptur wird die Oesophagussonde nicht angewandt. Pat. starb.

Autopsie. Herz normal. Lungen stark verwachsen mit den seitlichen und hinteren Theilen des Thorax, wodurch sie in Stücken entfernt werden müssen. Weiter nicht verändert. Der Arcus aortae zeigt drei, durch Segmente von gewöhnlichen Dimensionen der Arterie geschiedene Tumoren; der erste am aufsteigenden Theil unmittelbar oberhalb der Umschlagstelle des Pericardiums von Hühnereigrösse entsprechend den beiden ersten Spatia intercostalia. Der 2. von Kindskopfgrösse entspricht dem absteigenden Theil des Arcus aortae, beginnt 4 cm unterhalb des Ursprunges der A. subclavia sinistra und reicht bis an den 6. Wirbel. Die 3. und 4. Rippe usurirt, zerstört. Es hat sich in den oberen Theilen der linken Lunge eingegraben, welche stark comprimirt ist. Oesophagus und Bronchus stark abgeplattet. Vagus und Recurrens zeigen keine Veränderung. Oberhalb der Schenkelpaare des Diaphragma ein dritter Tumor von Strausseigrösse, median vor der Wirbelsäure, weshalb er während des Lebens nicht erkannt ist. — Bei Oeffnung der Aorta zeigt sich, dass sie sich vom hinteren Theile aus entwickelt haben; die Oeffnungen correspondiren mit der Aorta Zweifrankgross. Das erste Aneurysma ist unvollkommen gefüllt mit Fibringerinnungen, die zwei anderen dagegen scheinen vollkommen obliterirt durch ihren Inhalt. Die Aorta zeigt vor diesen Taschen ihr normales Lumen. Der Plexus cardiacus war vollkommen intact. Im übrigen arteriellen System keine Aneurysmen. Aorta und grosse Arterienstämme zeigten hier und da dissiminirte atheromatöse Veränderungen in geringer Zahl und sehr klein. Auf den Taschen fanden sich



rothe Stränge, doch bestanden die Wandungen nur aus elastischem Gewebe und Bindegewebe, und enthielten keine Spur von Muskelelementen.

Die Electrolyse wurde nicht angewandt, weil D. B. in den multiplen Aneurysmen eine Contraindiction sieht. Roux.

---

18. **Dr. B. Samuelson, Ueber den Einfluss der Coronar-Arterien-Verschliessung auf die Herzaction.** (Zeitschr. f. klin. Medicin Bd. II. Hft. 1. p. 12—34.)

Die Störungen der Herzthätigkeit nach Verschluss der Kranzarterien sollten vorwiegend ihren Grund darin haben, dass die Zufuhr des Sauerstoffs zum Herzmuskel unterbrochen wurde (Ludwig, Virchow). Gegen Virchow hatte Panum gefunden, dass eine Verstopfung der Kranzarterien keineswegs augenblicklichen Stillstand des Herzens bedingt, da das Herz noch stundenlang seine rhythmischen Contractionen fortsetzen kann. Als möglicher Grund für die Angina pectoris oder Stenocardie ist Verengerung und Verknöcherung der Coronararterien anerkannt.

Verf. wurde durch die Beobachtung eines Falles von tödtlichem Collapsus nach einfacher Indigestion bei einem herzkranken Manne veranlasst, die Frage über den Einfluss der Verschliessung der Coronararterien experimentell zu entscheiden. Die Geschichte betraf einen robusten Mann, der schon öfter scheinbar asthmatische Anfälle durchgemacht hatte. Da kein Emphysem vorhanden noch sich ausbildete und Herzaffection objectiv nicht nachweisbar war, wurde der Grund der Angina pectoris auf Fettherz geschoben.

Nach einer Ueberladung des Magens und reichlichem Weingenuss verfiel Pat. in einen Collaps, in welchem bei kühlen Extremitäten, höchstem Unwohlsein und angestrengter Athmung die Zahl der Pulse auf 35 herabging. Excitantien vermochten dieselbe nur vorübergehend auf 39 zu steigern. Der Collaps war nicht zu heben und führte in 5 Stunden zum Tode. Als Ursache fand sich bei der Section bei beginnender Sklerose der Aorta ein sklerotischer Process beider Coronararterien, die sich wie dünne, aber harte bindfadenartige Stränge anfühlten.

Zur Entscheidung der Frage, ob die Verschliessung der Coronararterien Ursache der Verlangsamung des Rhythmus sei, wurde bei Thieren (Kaninchen) die Arter. coron. sinistra abgeklemmt. Das Resultat der Versuche war

„1. in einigen Fällen bei schwachen Thieren alsbaldiger Stillstand des Herzens;

2. bei kräftigeren Thieren eine Abschwächung des linken Ventrikels, welche sich nur in geringem Masse der rechten Herzhälfte mittheilt;

3. in der Mehrzahl der letzteren Fälle zugleich eine Verminderung der Geschwindigkeit der rhythmischen Herzcontractionen;

4. als Folge der herabgesetzten Contractionskraft des linken Ventrikels eine Stauung, Ueberfüllung und schliesslicher Stillstand des linken Vorhofs (Angina pectoris);

5. eine Restitutio in integrum erfolgt mehrmals nach einer Verschliessung von 2 Minuten, einmal sogar von 4 Minuten Dauer; darüber



hinausgehende Verschliessung hat Stillstand des Herzens und Tod zur Folge."

Auch die Intensität der Herzenscontractionen nimmt ab mit der Verminderung ihrer Anzahl. Ein wichtiges Ergebniss ist ausserdem die Anschwellung des Vorhofs nach Klemmung der coronaria sinistra. Dies erfolgt namentlich, wenn bei herabgesetzter Contractionskraft des linken Ventrikels der rechte Vorhof und rechte Ventrikel munter fortarbeitet. „Die linke Herzkammer ist in ihrer Zusammenziehung geschwächt, der Blutdruck in derselben vermindert; zur selben Zeit contrahirt sich das normal gefüllte rechte Herz (Vorhof und Kammer) in regelmässigem Tempo mit ungeschwächter Kraft und treibt seinen Inhalt ununterbrochen zu den Lungen und von hier aus zum linken Vorhof. Die Stauung ist also dadurch erfolgt, dass der in seiner Contractionsfähigheit herabgesetzte linke Ventrikel die Masse des ihm zuströmenden Blutes nicht bewältigen kann." „Man wird jetzt begreifen, weshalb die sog. Verknöcherung der Kranzarterien kein nothwendiges Correlat für Angina pectoris ist. Alle auf Schwäche des linken Ventrikels beruhenden Krankheitszustände, gleichviel, ob dieselben durch Fettherz, Muskelschwund, Sklerose der Aorta und der Arterien bedingt sind, finden auf die einfachste Weise ihre Erklärung. Die schnell vorübergehenden Anfälle von Palpitation, Beklemmung, Dyspnoe und Orthopnoe beruhen auf beginnenden Stauungen im kleinen Kreislauf, welche sich alsbald verlieren, wenn der linke Ventrikel sich schnell genug erholt, um den linken Vorhof und die linken Lungen von ihrer Ueberfüllung zu befreien. Hält die Schwäche des Ventrikels länger an, so kommt es zu blutig-schaumigem Sputum, wie wir es in den leichteren Anginaanfällen nicht selten finden. Dauert sie noch länger, oder kommt es gar zu vorübergehendem Stillstand des linken Ventrikels, so ist acutes Lungenoedem event. der Tod die unvermeidliche Folge." Für den beobachteten Sterbefall wird angenommen, dass die Abschwächung beide Herzhälften gleichmässig betraf; „es waren deshalb die Erscheinungen des Collapses vorherrschend, das Krankheitsbild nicht dasjenige der gewöhnlichen Angina pectoris, bei welcher eine ungleiche Thätigkeit beider Herzhälften die Regel ist.

Finkler.

---

19. **Prof. Dr. Rich. Maly, Ueber einige Verhältnisse der Magenverdauung.** Vortrag, gehalten im Vereine der Aerzte in Steiermark. (Wiener med. Blätter, 1880. Nr. 31. 32.)

Die Fermente des Darmkanals sind lösliche in den Speichel- und Labdrüsen, im unteren Theile unlösliche oder organisirte. Diese letzteren, anfangs in gleichem Sinne wirkend wie die löslichen, schiessen über das Ziel hinaus; ihre Wirkung geht weiter als zum Zwecke der Verdauung erforderlich, sie wird zur Fäulniss.

Den Pepsinpräparaten im Arzneischatz gesteht M. keinen Werth zu, weil man im Nothfall schon gleich die Producte der Verdauung, die Peptone zur Ernährung verwenden kann, und weil es erfahrungsgemäss im Magen nie an Pepsin fehle, auch nicht im kranken Magen, selbst nicht in dem eines Fiebernden.

In Betreff des zweiten im Magen wirksamen Princips, der freien Salzsäure, verbreitet sich M. über deren Nachweis und ihre Abstammung.



M. nimmt an, dass im Blute auch saure Molecule vorkommen müssen, wir finden sie nur mit dem Lakmus nicht, da sie übertüncht werden in der Erscheinung durch die alkalisch reagirenden sauren Salze. Den Beweis, dass im Blute freie Säure vorhanden sie, findet M. darin, dass dasselbe saure Salze und freie Kohlensäure enthält, und darin, dass Alkaliphosphate, wie sie im Blute vorhanden, sich mit neutralen Kalksalzen, die in allen thierischen Flüssigkeiten sind, so verhalten können, dass bei ihrer Mischung freie Salzsäure entsteht.

Da die Säuren leichter diffundiren als andere Molecule, und unter ihnen am schnellsten die Salzsäure, so wird diese von den Drüsen abgesaugt, während Salze und Eiweisskörper zurückbleiben. Nach Definition der Peptone und Hervorhebung ihres Nährwerthes erklärt Verf. die Sander'schen fabrikmässig dargestellten für ein Gemisch von Peptonen mit Fäulnissproducten. Die von ihm beobachtete Abnahme der Temperatur in Verdauungsgemischen (Davy, Vintschgau und Dietl haben sie an Hunde bemerkt) wird erklärt durch Wärmebindung bei der Auflösung des Eiweisses. Finkler.

---

20. **Dr. Fr. Ermann** in Hamburg, **Zur Casuistik der acuten Leberatrophie nach Phosphorvergiftung.** (Eulenburg's Vierteljahrsschr. für gerichtl. Medicin und öffentl. Gesundheitspflege. Bd. 33. Heft 1. p. 61—65.)

Verf. erzählt einen Fall von einem 19jährigen Manne, der die Köpfe von 5 Bund Streichhölzern in Wasser geschabt und verschluckt hatte. Die Desorganisation der Leber kam in rapider Weise zu Stande; am 5. Tage war die Verkleinerung der Leber bestimmt nachweisbar, am 10. Tage erfolgte der Tod und zeigte die Sektion, dass die rothe Atrophie das äusserste Stadium erreicht hatte. Verf. erwähnt dabei eines zweiten ihm bekannt gewordenen Falles von einem 21jährigen Mädchen, in welchem $9^1/_2$ Tage nach stattgehabter Vergiftung mit Phosphor eine vollkommen matsche, gelbe, atrophische Leber von 840 gr Gewicht gefunden wurde.

Gestützt auf diese Fälle polemisirt E. gegen die von Thierfelder in Ziemssens Handbuch (Bd. 8, Akute Leberatrophie) aufgestellte, für forensische Zwecke belangreiche Behauptung: „dass nämlich die Verkleinerung der Leber bei der Phosphorvergiftung niemals nach so kurzer Zeitdauer einträte, wie bei der akuten Atrophie, und dass da, wo die Verkleinerung der Leber sich noch vor Ablauf der ersten Woche konstatiren liesse, der Phosphor als Krankheitsursache mit Bestimmtheit ausgeschlossen werden könnte".

Von Interesse war ferner im obigen Fall die massenhafte Ausscheidung von Fett im Urin am 8. Tage der Krankheit, sowie das Auftreten von Tyrosin- und Leucinausscheidungen auf der Fläche und im Gewebe der in Alkohol eingelegten Leber. Leo.

---

21. **A. v. Collan, Beiträge zur Behandlung der Diphtheritis.** (St. Petersb. medic. Wochenschr. Nr. 30.)

Verf. empfiehlt dringend den von Aubrun zuerst angewendeten liquor ferri sesquichlorati. „Dieses Mittel wirkt nicht nur adstringirend und kauterisirend, sondern auch tonisirend und antiseptisch." „Ich mische einen Theil liq. ferr. sesquichlorat. mit einem oder zwei Theilen



Wasser und applicire das Mittel Morgens und Abends mittelst eines dicken, kurzgeschnittenen Charpiepinsels. Dadurch dass ich den Pinsel mit einer drehenden Bewegung gegen die Pseudomembranen drücke, gelingt es mir fast immer, diese auf einige Stunden zu entfernen und zugleich wird die blutende Schleimhaut kauterisirt. Zum Gurgeln gebe ich kalte Milch. Gegen die Diphtheritis in der Nase werden Einspritzungen gemacht, aber natürlich schwächer (1 : 4). Zugleich verschreibe ich 10—12 Tropfen Liq. ferr. sesquichlorat. auf 6 Unzen Wasser, um alle Tage 10 oder 15 Minuten, des Nachts jede Viertel- oder Halbestunde theelöffelweise eingenommen zu werden." Verf. hat bei dieser Behandlung die überraschendsten Erfolge gesehen; seit dem Jahre 1861 hat er von über 150 Patienten keinen einzigen verloren; nur müsse die Behandlung nicht gar zu spät angefangen und streng durchgeführt werden. Grossen Nachdruck legt er ausserdem auf Lüftung und Räucherung.

E. Bardenhewer.

---

22. **A. Kien, Quelques sur le traitement de la diphthérie par le Benzoate de soude.** Zur Behandlung der Diphtherie mit benzoesaurem Natron. (Gaz. med. de Strassbourg, 1880. Nr. 8.)

Im Anschluss an frühere Mittheilungen erörtert Verf. eingehend seine inzwischen neu gesammelten Erfahrungen über die Behandlung der Diphtheritis mittelst benzoes. Natron. Von den 45 Fällen, die Kien damit curirte, endete nur ein einziger lethal und lag der Grund dieses schlechten Ausganges in schlechten äusseren Vorbedingungen, die einen energischen Gebrauch des Mittels nicht ermöglichten. Die vielfach verbreitete Ansicht, dass bei der Diphtherie die Temperatur normal oder doch nur wenig über der Norm sein könne, ist nach Kien's Untersuchungen falsch. Wenn man die Messungen stets in an. oder vag. vornimmt, wird man im Gegentheil finden, dass in gleichem Maasse, als der Infektions-Prozess ansteigt, auch die Eigenwärme des Körpers sich erhöht. Ihr jeweiliges Verhalten bietet gradezu das beste Kriterium, ob man es mit einer leichten oder schweren Form der Krankheit zu thun hat. Bei der ersteren steigt das Thermometer nicht über 39°, um schon vom 3. bis 5. Tage auf 37,5° zu fallen; bei der letztern dagegen bis zu 40—41° und darüber, und beginnt erst dann ein Absinken der Körper-Temperatur, wenn sich in dem Lokal- wie Allgemein-Befinden eine Wendung zum Bessern bemerkbar macht. Verordnet man nun ordentlich und beharrlich benz. Natr., so zeigt sich diese schon sofort in dem Stationär-Bleiben bezw. Heruntergehen des Fiebers und Besserung des Allgemein-Befindens. Am 8. bis 9. Tage pflegt dann die Temperatur ad normam zurückzukehren. Kien macht ferner darauf aufmerksam, dass man in der unausgesetzten Beobachtung des Thermometerstandes die beste Controle habe, in wie weit das Mittel wirklich von dem Kranken gebraucht werde. Verf. bemerkte nämlich mehrmals eine Coincidenz von Erhöhung der schon gefallenen Temperatur mit Aussetzen des Medicaments. Dasselbe, obwohl von nicht grade sehr angenehmem Geschmacke, wird am Morgen gleichwohl sehr leicht vertragen. Bei seiner grossen Löslichkeit „wird das Blut und gewisse Parenchyme gleichsam damit gesättigt". Als mittlere Dosis: 5 gr, 10 u. 20 gr pro die bei 1—4 Jährigen, bezw. 10 Jährigen resp. Erwachsenen. Lokal kann es in 5% Lösung ebenfalls mit gleichem Er-



folge in Anwendung gezogen werden und verdient das benz. Natron in der Hinsicht sogar den Vorzug vor Phenyl-Campher und Kali chloricum. Eversbusch (München).

23. **Prof. Zeissl, Ueber die Excision der syphilitischen Initialsclerose und die Behandlung der Syphilis.** (Wien. med. Presse, Nr. 27. 28. 29.)

Können wir auch nach dem heutigen Stande unseres Wissens noch nicht angeben, wie viele Stunden nach Einimpfung von Syphilisvirus wir im Stande sind, dasselbe durch ausgiebige Aetzung der Impfstelle so zu vernichten, dass keine Infektion des Organismus erfolgt, so muss man doch, da ja dadurch dem Patienten kein Nachtheil bereitet wird und man doch immerhin wenigstens erfahrungsgemäss das Gift eines weichen Schankers unschädlich machen kann, verdächtige Excoriationen ätzen.

Von dem Gedanken ausgehend, dass die syphilitische Initialsclerose nur der Ausdruck eines infektiösen Leidens sei, und dass von hier aus erst das Gift weiter in den Organismus geschleppt werde, hat man den Vorschlag gemacht, durch Ausschneiden der Primär-Affektion die Entwickelung der syphilitischen Allgemeinerkrankung zu verhindern. Ampitz sah bei diesem Verfahren günstige Resultate. Z. theilt nun 5 Fälle mit, in denen er die Excision des syphilitischen Primäraffektes vorgenommen und dennoch nach einigen Monaten konsekutive Erscheinungen der Lues auftraten. Ausserdem sind ihm noch 4 Fälle bekannt, in welchen die Initialsclerose von befreundeten Collegen mit negativem Erfolge excidirt wurde. „Meine Erfahrung geht nun dahin, dass die Excision der syphilitischen Initialsclerose gar keinen günstigen oder ungünstigen Einfluss auf den weiteren Verlauf der Syphilitis nimmt, und dass die Folgeerscheinungen nach der Excision der syphilitischen Initialsclerose gerade so auftreten, als ob dieselbe nie vorgenommen worden wäre.“ Mit dieser Erfahrung stimme auch der von ihm aufgestellte Lehrsatz, die syphilitische Initialsclerose ist der Ausdruck der syphilitischen Allgemeinerkrankung, überein.

Z. hält es für wahrscheinlich, dass auch die Syphilis durch Microorganismen erzeugt werde und führt aus, wie durch eine derartige Annahme, viele Erscheinungen der Syphilis leichter zu erklären seien.

Was die Behandlung der Syphilis anbelangt, so kann Z. seine früheren Mittheilungen über die günstige Wirkung des Zittmann'schen Decoctes, namentlich bei solchen Syphiliden, welche hochgradig anämische herabgekommene Patienten betrafen, nur bestätigen. Das Pilocarpin kann er, nach den Erfahrungen, die er in 2 Fällen machte, nicht als Antisyphiliticum empfehlen, In zwei, drei Wochen hindurch mit Cuprum sulfuricum behandelten Fällen von papulösen Syphiliden involvirten sich die Exantheme sehr rapid, in 5 anderen Fällen zeigte sich jedoch keine merkliche Involution der luetischen Exantheme. Doch sollen die Versuche mit Cuprum sulfuricum (das übrigens schon vor langer Zeit Schiff als Antisyphiliticum empfohlen habe) fortgesetzt werden. Ungar.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.



Erscheint wöchentlich.
Jeder Jahrgang umfasst
52 Bogen nebst Titel
und Register.

# Centralblatt
für
# KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M.,
zu beziehen durch alle
Buchhandlungen und
Postanstalten.

Redigirt von
**Dr. H. Rühle,** Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.
und
**Dr. D. Finkler,** Privatdocent und Assistent an der medicin. Klinik in Bonn.

**1880.** **28. August.** **Nro. 26.**

**Inhalt.** Original: **Nussbaum,** Ueber eine Cyste am Blasengrunde (vergrösserter Uterus masculinus). — Referate: 1. **Pasteur,** Sur les maladies virulentes et en particulier sur la maladie appelée vulgairement choléra des poules. — 2. **Pasteur,** Sur le Choléra des poules; études des Conditions de la non-récidive de la maladie et de quelques autres de ses caractères. — 3. **Talmy,** Sur les analogies qui semblent exister entre le Cholera des poules et la maladie du sommeil (nélavan). — 4. **Nicolas,** Die Somnose und der Nélavan. — 5. **Déclat,** Sur les analogies qui semblent exister entre le choléra des poules et le nélavan ou maladie du sommeil. — 6. **Toussaint,** Identité de la Septicémie expérimentale aiguë et du Cholera des poules. — 7. **Böhm,** Ein Fall von Wurstvergiftung. — 8. **Obersteiner,** Ueber die prognostische Bedeutung der Körpertemperatur in Nervenkrankheiten. — 9. **Fischer,** Morbus Basedowii mit Melliturie. — 10. **Boudet,** Note sur deux cas d'occlusion intestinale, traités et guéris par l'éléctricité. — 11. **Hirsch,** Ein Fall von innerer Incarceration des Darmes, bedingt durch eine anomale Oeffnung im Mesenterium. — 12. **D'ham,** Ueber einige heilende und giftige Eigenschaften von Verbindungen des Jod. — 13. **v. Hoffer,** Ein therapeutischer Versuch über die Anwendung des Pilocarpin bei Diabetes. — 14. **Gies,** Zur Kenntniss der Wirkung der Carbolsäure auf den thierischen Organismus. — 15. **Dessau,** The subcutaneous use of Hydrobromide of Cinchonidia in the Summer Diarrhoea of Children. — 16. **Cady,** Benzoate of Sodium in Pneumonia. — 17. **Harvey,** Eine Quellenstudie.

## Ueber eine Cyste am Blasengrunde (vergrösserter Uterus masculinus)

von **Dr. Moritz Nussbaum.**

Vor einiger Zeit bot sich mir die seltene Gelegenheit, einen vergrösserten Uterus masculinus zu untersuchen. Das Präparat stammt von einem Manne aus den mittleren Lebensjahren.

Bei der Freilegung der hinteren Wand des Blasengrundes präsentirte sich zwischen den gefüllten Samenblasen eine Kugel von Wallnussgrösse, mit einer Wandung von glatter Muskulatur und mit einem hellen flüssigen Inhalt. Die Ductus ejaculatorii verliefen zu den Seiten dieser abnormen kugligen Blase und mündeten, wie sich bei Eröffnung der vorderen Wand von Harnblase und Urethra ergab, auf dem Caput gallinaginis, umgeben von einer grösseren Zahl punktförmiger Mündungen der Prostata. Durch Druck auf die Samenblasen entleerte sich auf dem Colliculus seminalis eine gallertige Masse. Es hatte anfangs den Anschein, als ob ebendorthin sich auch der Inhalt der zwischen den Samenblasen gelegenen Cyste entleerte. Bei genauerem Zusehen



zeigte sich jedoch, dass die Grösse dieser Kugel keineswegs durch Druck verkleinert wurde. In Uebereinstimmung damit war die am Caput gallinaginis hervortretende Masse stets von derselben schmutzigen, gallertigen Beschaffenheit, mochte auf die Samenblasen oder auf die zwischen ihnen gelegene Cyste gedrückt werden. Nachdem noch die Ductus ejaculatorii von dem Vas deferens aus bis zu ihrer Mündung völlig freigelegt waren, konnte an keiner Stelle eine Communication mit der Cyste aufgefunden werden. Ebenso fehlte die Oeffnung des Uterus masculinus zwischen den beiden Endpunkten der Ductus ejaculatorii auf dem Caput gallinaginis. Wenn sich somit im Anfang durch Druck auf die Cyste am Colliculus seminalis etwas auspressen liess, so konnte dies nur der Inhalt der Samenwege sein, durch den von der Wand der Cyste auf diese fortgeleiteten Druck vorwärts bewegt.

Beim Anschneiden der Cyste floss eine helle klare Flüssigkeit aus; die Cyste selbst vertiefte sich trichterförmig gegen die Wand der Harnröhre, communicirte aber keineswegs mit ihr, sondern war allseitig geschlossen, wie dies nach dem oben Vorgebrachten auch erwartet werden musste.

Es ist anzunehmen, dass wir es hier mit einem Uterus masculinus zu thun haben, der in Folge des Verschlusses gegen die Harnröhre cystös entartet war. Nach E. H. Weber ist bei Hund und Kater der sogenannte Uterus masculinus gegen die Urethra immer, nach v. Deen beim Menschen zuweilen geschlossen. Es ist nun entwicklungsgeschichtlich festgestellt, dass beim Menschen die Müller'schen Gänge auch im männlichen Geschlecht angelegt werden und rudimentär erhalten bleiben, indem sie im Uterus masculinus das Homologon der Ausführungsgänge des weiblichen Geschlechtsapparates darstellen.

Unser Befund lässt sich recht gut nach den Angaben über das Wachsthum der Müller'schen Gänge, die nach Egli's und Kölliker's Untersuchungen bei Kaninchenembryonen mit einer trichterförmigen Einstülpung vorn jederseits beginnend als blind geschlossene Schläuche dem hinteren Leibesende zuwachsen, um dort vereinigt in den Sinus urogenitalis zu münden.

Wir hätten in unserem Falle somit einen cystös entarteten, mittleren Abschnitt der Müller'schen Gänge vorliegen, deren divergirende vordere Enden nicht mehr nachweisbar sind. Ob eine Einmündung in den Sinus urogenitalis überhaupt zu Stande gekommen, lässt sich nicht nachweisen, ist aber auch irrelevant.

Zum Schluss sei es erlaubt einige Bemerkungen hier anzuknüpfen.

Was beim Kaninchen schon von E. H. Weber als Uterus masculinus angesprochen wurde, verdient diesen Namen nicht, da Kölliker den Nachweis geliefert hat, dass dieses Organ durch Verschmelzung der Wolff'schen Gänge beim Kaninchen zu Stande komme. Die Thatsache verdient hervorgehoben zu werden, da bei den Nagern die Müller'schen Gänge im männlichen Geschlecht spurlos wieder verschwinden, und also grade diejenigen Thiere, welche zur Entdeckung des Uterus masculinus geführt haben, dieses rudimentäre Organ gar nicht besitzen. Das als Samenreservoir der Nager fungirende und als Uterus masculinus gedeutete Organ ist demgemäss, wie bei den übrigen Thieren, aus den Anlagen für die Ableitungswege der männlichen Geschlechtsdrüse her-



vorgegangen, und während bei anderen Wirbelthieren noch Reste der Ausführungsgänge der weiblichen Geschlechtsdrüsen — beim Menschen als Uterus masculinus — persistiren, sind diese Theile bei den Nagern total zu Grunde gegangen.

Berücksichtigt man nun, dass der Schwerpunkt der Beweisführung über die Natur des Uterus masculinus vor der völligen Klärung seiner Entwicklungsgeschichte grade im Vergleich des Samenreservoirs der Nager und des Uterus femininus gesucht wurde (so auch J. van Deen, Zeitschrift für wissenschaftliche Zoologie, Bd. I. pag. 295), so zeigt sich auch hier in augenfälliger Weise, wie nöthig es ist, für die Deutung eines Organes den ganzen Formenkreis von der ersten Anlage an zu beherrschen.

Was die Verwerthung des oben beschriebenen Falles für den Arzt angeht, so dürfte die Möglichkeit des Vorkommens derartiger Cysten am Blasengrunde nicht ohne Bedeutung sein. Eine Differentialdiagnose zwischen ihnen und einem vergrösserten mittleren Lappen der Prostata wird man leicht, mit Berücksichtigung des Alters der Patienten, der Consistenz der Tumoren, zu construiren im Stande sein. Thatsächliches kann hier natürlich nicht dafür beigebracht werden, da mir die Gelegenheit fehlte, am Lebenden Untersuchungen anzustellen. Bemerkt sei noch, dass die Blase nicht vergrössert und ihre Muskulatur nicht verdickt war. Es scheint demgemäss, dass der vergrösserte Uterus, trotzdem er bei der Untersuchung vom Rectum als ansehnlicher Tumor gefühlt werden kann, keine Beschwerden bei der Entleerung des Harnes verursacht, wie sie im Gefolge einer Prostatahypertrophie auftreten.

---

1. **Pasteur, Sur les maladies virulentes et en particulier sur la maladie appelée vulgairement choléra des poules.** Ueber die virulenten Krankheiten und besonders über die Krankheit, die gewöhnlich Cholera der Hühner genannt wird. (Comptes Rendus, Nr. 6. 1880.)

Zuweilen bricht unter den Hühnern eine Krankheit aus, wodurch sie kraftlos werden, die Flügel hängen lassen und sie eine unüberwindbare Somnolenz überfällt. Wenn man sie zwingt, die Augen zu öffnen, scheinen sie aus einem tiefen Schlaf zu erwachen, die Augenlider fallen bald zu, und gewöhnlich tritt der Tod ein, ohne dass das Thier sich von der Stelle gerührt hat, nach einer stummen Agone. Die innerlichen Störungen sind hochgradig. Die Krankheit wird verursacht durch einen mikroskopischen Organismus, welcher nach dem Dictionnaire von Zundel am ersten von Moritz vermuthet, dann 1878 besser abgebildet von Peroncito, und endlich wiedergefunden von Toussaint 1879. Letzterer zeigte durch Cultiviren des kleinen Organismus im neutralisirten Harn, dass dieser die Ursache der Virulenz des Blutes sei. Die beste Nährflüssigkeit ist eine Bouillon von Hühnerfleisch, neutralisirt durch Pottasche und sterilisirt durch eine Temperatur von 110°—115°. In wenigen Stunden fängt die klarste Bouillon an trübe zu werden, und darin befinden sich eine grosse Menge kleiner Gebilde von äusserster Zartheit, in der Mitte sehr leicht eingeschnürt. Auf den ersten Anblick würde man sie für isolirte Punkte halten. Sie haben keine eigene Bewegung.



Die Cultur dieser Micrococcen zeigt sehr interessante Eigenthümlichkeiten. In einer Nährflüssigkeit von Bierhefe sterben sie in weniger als 48 Stunden. Hierdurch kann man die Reinheit dieser Organismen in ihrer Nährflüssigkeit erkennen. Gegen Infection mit den Organismen verhalten sich verschiedene Thiere verschieden. Die Impfung dieser Organismen auf Meerschweinchen verursacht lange nicht so sicher den Tod, und bei einem gewissen Alter beobachtet man nur eine locale Laesion, die durch einen mehr oder weniger grossen Abscess endet, der spontan sich öffnet und heilt, ohne dass das Thier aufgehört hat zu essen und alle Zeichen der Gesundheit zu bieten. Zuweilen bestehen diese Abscesse wochenlang, und in ihrem Eiter findet man zahllose Micrococcen. Impft man Hühner mit diesem Eiter, so sterben sie schnell, ebenso wenn man ihn der Nahrung zusetzt unter den Erscheinungen die früher beschrieben. Nach dem Genuss solcher Nahrung enthält der Darmkanal eine so grosse Menge dieser Micrococcen, dass Impfungen mit den Excrementen tödtlich ablaufen.

Durch gewisse Aenderungen kann man machen, dass der infectiöse Micrococcus in seiner Virulenz geschwächt ist. Diese Abschwächung verräth sich durch eine kleine Verspätung in der Entwicklung des Micrococcus. In dem nichtgeschwächten Zustand tödtet der Micrococcus immer; in dem geschwächten verursacht er nur die Krankheit, nicht den Tod. Mit geschwächtem Virus geimpfte Hühner vertragen später den sehr infectiösen Virus, ohne zu sterben. Mit den eigentlichen virulenten Krankheiten hat die Krankheit das gemein, dass sie nicht recidivirt. Aber nicht mit absoluter Sicherheit tödtet das sehr virulente Virus, und ebenso tritt zuweilen auch der Tod auf bei geschwächtem Infectionsstoff. Hiernach verhält sich die geschwächte Micrococcuswirkung wie eine Vaccination. Ob sie sich ganz so verhält wie die von Arm auf Arm geimpfte Pockenlymphe, welche nicht an Kraft verliert, müssen spätere Versuche lehren. Bei der Heilung verschwindet der Micrococcus allmählich. Roux.

---

2. **L. Pasteur, Sur le Choléra des poules; études des Conditions de la non-récidive de la maladie et de quelques autres de ses caractères.** Ueber die Cholera der Hühner; Untersuchungen über die Bedingungen des Nicht-recidivirens der Krankheit und über einige andere Eigenschaften derselben. (Comptes rendus Nr. 17, 18, 1880. L'Union médicale, Nr. 52, 1880.)

Die Cholera der Hühner wird verursacht durch einen mikroskopischen Parasiten. P. untersuchte, wie gross die Immunität ist, welche man durch Inoculiren (wofür das Wort Vacciniren gebraucht wird) bekommt. Die Resultate der Vaccination sind verschieden, einige Hühner widerstehen einem sehr virulenten Virus nach einer einzigen vorbeugenden Inoculation, andere haben zwei und selbst drei nöthig. P. nimmt zu den Versuchen 80 Hühner, welche niemals diese Krankheit gehabt haben. Den ersten 20 wird sehr virulenter Virus inoculirt, sie sterben alle. Den folgenden 20 wird nur durch einen einzigen Stich sehr verdünnter Infectionsstoff inoculirt, kein einziges stirbt. Aber hierdurch sind nicht alle für den stärksten Virus unempfänglich, sondern manche er-



liegen der Inoculation eines starken Virus. Andere 20 bekommen zwei Stiche in einem Zwischenraum von 7—8 Tagen. Von diesen sterben bei weiterer Inoculation weniger als bei den zweiten 20. Werden die letzten 20 drei oder viermal inoculirt, so bekommen sie die Krankheit gar nicht mehr.

Was die Ursache dieses Nicht-recidivirens betrifft, meint P., dass der Micrococcus (microbe) im Körper des Thieres ein Culturmedium findet, und gewisse Substanzen ändert oder zerstört, sei es dass er diese zu seinem Vortheile verwendet oder durch den vom Blute entnommenen Sauerstoff verbrennt. Wenn die vollkommene Immunität erreicht ist, kann man die Thiere mit dem stärksten Virus inoculiren, in welchen Muskel man will, ohne das geringste Resultat.

Um die Wirkung des infektiösen Stiches besser zu beobachten, inoculirt P. 20 frische Hühner an den Schenkelmuskel statt am M. pectoralis. Den Tag nach der Inoculation mit dem stärksten Virus liegen alle Hühner da, von einem tiefen Schlaf befallen; der Muskel, an welchem die Inoculation vorgenommen, ist stark angeschwollen, innerlich speckartig, stark gefüllt mit den Parasiten. In 48 Stunden sind alle todt. Weitere 20 auf die gleiche Weise, mit demselben Virus an derselben Stelle inoculirt, welche aber früher ad maximum vaccinirt worden waren, sind den nächsten oder zweiten Tag gesund und bleiben gesund. Die Muskeln der Schenkel zeigen keine Abnormität, man bemerkt selbst keine Spur des Stiches.

Um weiter zu untersuchen, ob diese Unterdrückung der Parasitenentwicklung allein eigenthümlich ist für diejenigen Muskeln, welche die präventive Inoculation bekommen haben, nahm P. zehn noch niemals inoculirte und 10 ad maximum inoculirte Hühner; der virulenteste Virus wurde in die V. jugularis injicirt. Die 10 ersten starben schnell, einige schon nach 24 Stunden. Die 10 andern heilten ohne etwas anderes gezeigt zu haben, als die Folge der Wunde in der Haut und in der Jugularis. Das Blut war so zu sagen vaccinirt, d. i. die präventiven Culturen hatten ihm seine Cultursubstanzen entnommen.

Dann geht Verf. den Folgen der Einverleibung durch die Digestionsorgane nach. Zu dem Zwecke erzeugte er eine künstliche Epidemie durch Futter, welches mit den Parasiten inficirt war. In demselben Lokale wurden 12 morgens gekaufte Hühner zusammengesetzt, nebst 12 andern, vorher ad maximum vaccinirten. Jeden Tag bekommen diese Hühner eine Mahlzeit von kranken Muskeln eines an der Micrococcussinfektion gestorbenen Huhnes. In den nächsten Tagen offenbart sich die Krankheit und die Mortalität unter den nicht vorher vaccinirten Hühnern. Nach 14 Tagen hört dieses Experiment auf. Sieben nicht vaccinirte Hühner sind gestorben, und die Autopsie zeigt, dass die Krankheit sich entweder in den ersten Digestionswegen eingeschlichen hat, oder, was mehr der Fall war, durch die Intestina, welche durchgehends entzündet, einige Male über eine grosse Strecke ulcerirt waren, in einer Weise, die an Typhusulcerationen erinnert. Das Blut ist mit Micrococcen überfüllt, die innerlichen Organe sehr oft mit Eiter und Pseudomembranen bedeckt, besonders an den Ansae der Intestina; hier scheint der Micrococcus eingedrungen zu sein. Die 5 andern nicht vorher vaccinirten sind krank, eines selbst sehr schwer,

von diesen sind drei geheilt. Von den 10 vorher vaccinirten ist kein einziges gestorben und bis jetzt alle gesund.

Hieraus schliesst P.:

1. Dass es ein Parasit ist im Innern des Körpers, welcher die gewöhnlich unter dem Namen der Cholera der Hühner bekannte Krankheit verursacht und die befallenen Thiere tödtet.

2. Vom Augenblicke, wo das Fortkommen im Thiere nicht mehr möglich ist, kann die Krankheit nicht auftreten.

3. Die Hühner, welche niemals die Cholera bekommen, sind als gegen diese Krankheit von der Geburt ab vaccinirt anzusehen. Die fötale Entwicklung hat in ihren Körper keine Substanzen für das Leben des Micrococcus eingeführt, oder diese Nahrungsstoffe sind in der Jugend verschwunden. Es kann nicht wundern, dass es Constitutionen gibt, welche geeignet und andere, welche nicht geeignet sind für die Inoculation, wenn man sieht, dass der Micrococcus sich nicht entwickelt in einer Flüssigkeit, genau so präparirt wie eine Muskelbouillon, wenn man noch Bierhefe zusetzt. Die Erklärung dieser Thatsachen ist einfach, wenn man bedenkt, dass jede Cultur das Medium ändert, in welchem sie abläuft. Bringt man in eine Hühnerbouillon den Cholera-Micrococcus, filtrirt nach 3 oder 4 Tagen, um jede Spur von Micrococcus zu entfernen, und bringt aufs Neue Micrococcus in die Flüssigkeit, so entwickelt sich dieser gar nicht mehr, die Flüssigkeit bleibt ebenso klar als sie war. Filtrirt man dagegen schon den zweiten Tag, so entwickelt sich der aufs Neue zugesetzte Micrococcus, aber mit weniger Energie als im Anfange. Dieselben Verhältnisse herrschen nach P. im Körper des Huhnes. Man könnte sich wundern, dass einer Vaccination mit schwachem Virus Halt gethan wird, bevor die Nahrungstoffe des Micrococcus erschöpft sind, aber dieser befindet sich nicht in einer künstlich dargestellten Flüssigkeit, wo keine Hindernisse für seine Vermehrung, sondern hier ist er in unaufhörlichem Ringen mit den Zellen der Organe, die für sich auch Sauerstoff bedürfen. Doch kann man das Nicht-recidiviren auch so erklären, dass der Micrococcus Substanzen in den Körper hinzufügt, die ein Hinderniss für seine weitere Entwickelung seien.

Selbst wenn P. eine künstliche Cultur nahm und diese filtrirte, in der Kälte verdampfen liess, aber so, dass ihre Reinheit nicht geändert wurde, dieses Extract wieder in Wasser auflöste, es einem frischen Huhn unter die Haut injicirte und nach einigen Tagen demselben Huhn einen starken Virus inoculirte, so bekam es die Cholera und starb unter den gewöhnlichen Erscheinungen, wie sie nicht vaccinirte Hühner bieten.

Diese Experimente führten zu einer merkwürdigen pathologischen Beobachtung. Wenn man einem frischen, gesunden Huhn das Extract einer von den Micrococcen abfiltrirten Cultur, correspondirend mit einer sehr ansehnlichen Entwicklung des Parasiten, injicirt, so nimmt das Huhn (nach einer nervösen Störung, die in einer Viertelstunde verschwindet und sich manchmal durch eine schnaubende Athmung und einem Oeffnen und Schliessen des Schnabels in kurzen Intervallen manifestirt) die Kugelform an, bleibt unbeweglich, verweigert das Essen, und bekommt eine sehr prononcirte Schlafneigung, wie bei der Krank-



heit durch Inoculation des Micrococcus. Der Schlaf ist aber leichter als bei der wirklichen Krankheit, das Huhn erwacht bei dem geringsten Geräusch. Diese Somnolenz dauert ungefähr 4 Stunden, darnach ist das Thier wieder als ob nichts geschehen wäre. Wiederholte Versuche gaben dasselbe Resultat und führten P. zu der Ueberzeugung, dass während des Lebens des Parasiten ein Narcoticum entsteht, und dass dieses es sei, welches die so prononcirte Krankheitserscheinung des Schlafes erzeuge.

Durch seine Ernährung macht der Micrococcus die Schwere der Krankheit und verursacht den Tod. Alles weist darauf hin, dass er seinen Sauerstoff von den Blutkörperchen nimmt, durch die Gefässwand hindurch. Der Beweis dafür ist, dass während des Lebens, und oft auch längere Zeit vor dem tödtlichen Ausgang der Kamm dunkelblau wird, wenn der Micrococcus noch nicht im Blute besteht oder in so geringen Mengen, dass er der mikroskopischen Untersuchung entgeht. Diese Art der Asphyxie würde eins der merkwürdigsten Zeichen der Krankheit sein. Das Thier stirbt durch die tiefe Störung, welche die Entwicklung des Parasiten verursacht, durch Pericarditis und seröse Ergiessungen, Veränderungen in den Organen, durch Asphyxie, aber die Schlaferzeugung entspricht einem Produkte, entstanden während des Lebens des Parasiten, welches auf die nervösen Centren wirkt. Die Unabhängigkeit von beiden zeigt sich durch den Umstand, dass das Extract einer von Micrococcus filtrirten Cultur die ad maximum vaccinirten Hühner einschläfert. (P. will versuchen, das Narcoticum zu isoliren, untersuchen, ob es durch eine entsprechende Dosis nicht tödtet, und in diesem Falle nachsehen, ob innerliche Störungen wie bei der wirklichen Krankheit vorhanden sind.) — Zu Zeiten kommt diese Krankheit chronisch vor. Man sieht zuweilen inoculirte Hühner nach schwerem Kranksein nicht sterben, aber eine relative Heilung geniessen. Jedenfalls essen sie wenig, werden oft anaemisch (wahrnehmbar durch Entfärbung des Kammes), magern ab und erliegen erst nach Wochen oder Monaten. Der Micrococcus wird in den meisten dieser Fälle gefunden, ein Beweis, dass er seit der letzten Inoculation in dem Thiere aufbewahrt war, immer anwesend, immer thätig, aber in geringem Grade. Besonders die vaccinirten Hühner zeigen diese Art der Krankheit, welche im Ganzen nicht sehr oft vorkommt. Die Virulenz des Micrococcus ist in diesem Falle nicht geschwächt, wie man glauben könnte, sondern erhöht, was man durch Weiterimpfen beweisen kann. Solche Thatsachen werden die Möglichkeit der langen Incubationszeiten des Virus begreiflich machen, die wie bei Hundswuth z. B. längere Zeit latent bestanden haben, plötzlich ihre Gegenwart verrathen durch die prononcirteste Virulenz und den Tod.

Bei sehr gut vaccinirten, sehr kräftigen Hühnern, tritt zuweilen ein Abscess auf, welcher die Gesundheit des Thieres nicht alterirt. Der Eiter dieses Abscesses tödtet damit inoculirte frische Hühner.

Roux.





3. **Talmy, Sur les analogies qui semblent exister entre le Cholera des poules et la maladie du sommeil (nélavan).** Ueber die Analogien, welche zwischen der Cholera der Hühner und der Schlafkrankheit (Nélavan) zu bestehen scheinen. (Comptes rendus No. 17. 1880. Gaz. méd. de Paris. No. 20. 1880.)

Die Symptome der Schlafkrankheit haben eine so grosse Aehnlichkeit mit der Cholera der Hühner, dass bei T. die Frage entstand, ob nicht die Schlafkrankheit von derselben Ursache abhänge. — Die Schlafkrankheit ist eine seltene Affektion, bis jetzt nur bei den Negern der Westküste Afrikas beobachtet. Bei beiden Krankheiten ist das gleiche Symptom ein unüberwindlicher, tödtlich endender Schlaf. M'Carthy, Gore und Corre machten auf Drüsenanschwellungen am Halse dabei aufmerksam. Die Neger entfernen diese angeschwollene Drüsen, um Heilung zu erreichen. Doch ist dieses Symptom nicht constant, und pflegt die Anschwellung nicht beträchtlich zu sein. Die Heilung durch Entfernung der geschwellten Drüsen ist vereinbar mit der Annahme der Existenz einer virulenten Krankheit. Jedoch dauert die Schlafkrankheit länger als die Cholera der Hühner. Die Angaben schwanken von drei Monaten bis ein oder zwei Jahr. Die Möglichkeit, ob durch eine fortgesetzte Ernährung mit inficirtem Hühnerfleisch während Tage und Wochen nicht bei Säugethieren eine sehr langsam fortschreitende aber tödtliche Form verursacht werde, ist näher experimentell festzustellen. Hierfür spricht, dass in einem Theile von Senegambien, wo viele Hühner an Convulsionen sterben, die Schlafkrankheit besonders besonders beobachtet wird (Corre, Arch. de Méd. nav. 1877). Auch Mulatten, die nach Art der Neger leben, bekommen die Krankheit.

Hieraus erschliesst F.:

1. Die Schlafkrankheit, welche unter den Negern der afrikanischen Westküste herrscht, könnte eine virulente Affektion sein.

2. Die Schlafkrankheit bietet treffende Analogien mit der Cholera der Hühner.

3. Die Aerzte müssen an den Orten, wo die Krankheit herrscht, sich von dem Gesundheitszustand der Hühner überzeugen.

4. Am Senegal würde es nützlich sein, die Affektionen der Pferde und Esel zu studieren, besonders da, wo die Schlafkrankheit herrscht. Dasselbe gilt für die Fische.

5. Nützlich wäre auch das Studium der papulös-vesiculösen Affektion des Nélavans am Senegal, und deren Inoculation auf Hühner und andere Thiere.

Roux.

---

4. **A. Nicolas, Die Somnose und der Nélavan.** (L'Union méd. Nr. 60. 1880.)

Ohne die von Talmy gezeigten Analogien zwischen dem Nélavan und der Cholera der Hühner zu bestreiten, unterscheidet N. von dem Nélavan die Schlafkrankheit oder Somnose der Neger, beobachtet am Gabon und in den Antillen, welche in einem, über die normale Dauer prolongirten Schlaf bestehe. Der Nélavan unterscheidet sich durch andere Symptome, und besonders durch die häufige Abwesenheit des einzigen und essentiellen Symptoms der Somnose: der Somnolenz oder

des Schlafes. Obendrein würde es merkwürdig sein, dass der Nélavan, complicirte Somnose, heilbar sein würde durch Wegnahme der mehr weniger geschwollenen Halsdrüsen, während die einfache Somnose als tödtlich erkannt ist, in allen den beobachteten Fällen.

Roux.

---

5. **Déclat, Sur les analogies qui semblent exister entre le choléra des poules et le nélavan ou maladie du sommeil.** Ueber die Analogien, welche zwischen der Cholera der Hühner und dem Nélavan oder der Schlafkrankheit zu existiren scheinen. (Compt. rend. Nr. 18. 1880.)

In diesem Aufsatz erinnert D. an 2 geheilte Fälle von Schlafkrankheit, publicirt in la Médecine des ferments. Beide Fälle scheinen die Meinung zu bestätigen, dass der Nélavan verursacht wird durch ein Ferment.

P. Bosch, Missionar am Senegal, beschreibt die Krankheit folgenderweise: Heftiger Schmerz am Herzen und in der Brust, Starrheit in den Gliedern, Brausen in den Ohren, zu Taubheit führend, Schmerz im Kopfe, am Halse und im Rückgrat, Idiotismus zur Folge habend, Jucken an den Fussspitzen; Eruption auf den Amygdalae; schwerer Schlaf mit entsetzlichen Träumen, Schrecken und unbewusster Ueberreizung. Die Haut bedeckt sich mit einem graulichen Staub, die Zähne werden locker. Frequente Diarrhoen, wenig zahlreich, am Ende aber beinahe rein blutig. Der Harn bekommt eine dunkelgrüne Farbe, die Augen scheinen grünlich. Wird eine schwangere Frau befallen, so stirbt das Kind und mit ihm die Mutter; entsteht die Krankheit während der Lactation, so bekommt die Milch die Farbe eines hellen Oels, die Männer verlieren die Potenz. Die Kranken behalten einen ziemlich guten Appetit, haben grossen Durst und sind, wenn sie nicht schlafen, bald wüthend, bald ausgelassen. Die Krankheit kann 18 Monate bis zwei Jahre dauern, doch folgt immer der Tod. Die Neger schreiben die Krankheit einem Gifte zu, welches man im Speichel der Moribunden sammeln und vermittelst Milch oder Butter andern einverleiben und bei ihnen zur Wirkung bringen kann.

Auf Anrathen von D. hat dieser Missionar zwei Patienten mit einer Solution von Acid. carbolic. (Stärke nicht näher angegeben) subcutan behandelt und guten Erfolg gesehen. Ueber andere Fälle verweist D. auf Méd. des ferments, Nr. 21, 1880. Von der Wegnahme der Drüsenanschwellungen hat Bosch niemals Heilung gesehen.

Roux.

---

6. **Toussaint, Identité de la Septicémie expérimentale aigue et du Cholera des poules.** Identität der künstlichen acuten Septicaemie und der Cholera der Hühner. (L'Union méd. N. 105. 1880.)

Die Cholera der Hühner und die acute Septicaemie bieten eclatante Analogien. Zwei Thiere derselben Sorte, geimpft mit dem Blute von der einen und der anderen Krankheit, und auf dieselbe Art, bieten identische Symptome, sterben in derselben Zeit, zeigen genau dieselben



Veränderungen, der Parasit ist derselbe. Parallelversuche wurden gemacht mit dem Blute von an Cholera gestorbenen Thieren und mit mehr weniger verfaulten thierischen Substanzen. Bei mehr als 250 Versuchen fand T. den von Pasteur studirten, von T. schon früher demonstrirten Micrococcus in der Cholera der Hühner. Die Cholera der Hühner ist also nur eine acute Septicaemie. Damit diese auftritt, müssen verfaulende Substanzen da sein; und solche nehmen sie per os auf. Verschiedene verfaulte thierische Substanzen von verschiedenen an verschiedenen Krankheiten gestorbenen Thieren wurden zu Infectionen verwendet. Bei allen diesen Versuchsreihen sind eine Anzahl Thiere (Kaninchen oder Hühner) gestorben, ohne eingeimpft zu sein. Sie zeigten ähnliche Veränderungen, als wenn die Einverleibung durch Nahrung also per os stattgefunden hätte. Bei den geimpften Thieren bildet sich an der Impfstelle ein oedematöser Tumor, welcher in einen Abcess übergeht. Die Allgemeinerscheinungen sind sehr schwer, ohne dass das Blut contagiöse Eigenschaften besitzt. Diese Eigenschaft besitzt das Serum des Oedems und später der Abscesseiter, und sie behalten sie noch, wenn das Thier wieder gesund geworden ist.

Macht man auf das der Infection widerstehende Thier successive subcutane Injectionen, so sind die Erscheinungen am Ende nur die des einfachen Stiches. Roux.

---

7. **Fr. Böhm** (Niederwerrn), **Ein Fall von Wurstvergiftung.** (Aerztliches Intelligenzblatt. 1880. N. 32.)

Erkrankung einer ganzen Familie nach Genuss von geräucherter Blutwurst, die einen eigenthümlichen Geschmack und im Innern kleine Cavernen mit verseiften Massen gehabt haben soll. Die Wurst war (im Frühjahr) frisch bereitet. Symptome der Krankheit: Grosse Schwäche, Erbrechen, Diarrhöe, Kolik, starke Trockenheit im Rachen, bedeutende Mydriasis. Die Fälle endeten alle mit Genesung.

Wolffberg.

---

8. **Dr. Heinr. Obersteiner, Ueber die prognostische Bedeutung der Körpertemperatur in Nervenkrankheiten.** (Mittheilungen des Wiener Doctoren-Colleg. 1880. Bd. VI. N. 12.)

Bei der Apoplexie sinkt wenige Minuten nach ihrem Eintritt die Temperatur für einige Stunden, um dann mehrere Tage zwischen 37.5 und 38.5 zu schwanken. Bei Eintritt der Genesung erreicht sie die Norm. Bei rasch tödtlichen Fällen ist der initiale Abfall bedeutend (bis 35), und gleicht sich entweder gar nicht wieder aus, oder wird von einem rascheren und beträchtlicheren Ansteigen gefolgt.

Bei Embolie fehlt der initiale Abfall der Temp., oder ist sehr unerheblich (Bourneville). Dann folgt in der Regel ein rasches Steigen bis 39, wieder Zurückgehen zur Norm, und so fort in erheblichen Schwankungen. Bei lethalem Ende ein langsames Ansteigen, aber nicht zur Höhe wie bei lethaler Apoplexie.

Bei epileptischen Anfällen steigt die T. etwa auf 38.5; $^1/_4$ bis $^1/_2$ Stunde nach Beendigung des Anfalles beginnt der Abfall der



Temp., der in 4—10 Stunden vollendet ist; ähnlich verhält es sich bei Eclampsie und Hystero-Epilepsie. Beim status epilept. ist zum Absinken nicht Zeit, der rasch folgende neue Anfall treibt auch die Temp. höher, und so erreicht sie allmählich 40—41.

Der urämische Anfall scheint sich dem apoplectischen ähnlich zu verhalten. Anfänglich sinkt die Temp., übersteigt dann die Norm, bleibt einige Zeit mit allerlei Schwankungen über derselben und geht dann zur Norm zurück.

Die Anfälle von dementia paralytica, die in den verschiedensten Formen (epileptischer, kataleptischer, apoplectischer, tetanischer etc.), und zwar in den verschiedensten Stadien der Krankheit auftreten, zeigen ein rasches Ansteigen um 1 Grad und etwas darüber, worauf meist binnen 24 Stunden die frühere Temp. wieder erreicht wird; es scheint aber, dass ein bevorstehender Anfall durch 2—3 Tage vor seinem Eintritt bemerkbares Sinken der Temp. angekündigt werden kann. Da nach Krueg Chloralhydrat den Eintritt schwerer Krampfformen hindern kann, so leuchtet die Wichtigkeit dieses prognostischen Absinkens der Morgen-Temp. ein. Auch im Stat. paralytic. ist das Verhalten der Temp. von Wichtigkeit und zeigt grosse Aehnlichkeit mit dem bei Stat. epilept. — Erhebliches Ansteigen, so lange der Stat. dauert, dann Abfall und andauernd normale Temp. bei günstigem, abermaliges rasches Ansteigen bei lethalem Ausgang.

Schliesslich macht Verf. auf das Vorkommen sehr niedriger T. bei manchen Geisteskranken aufmerksam. Es sind dies meist herabgekommene Tobsüchtige, unter denen sich gewöhnlich viele Potatoren befinden. Im einfachen, schweren Rausch sind bereits von Anderen Temperaturen von 24 ohne tödtlichen Ausgang gemessen worden; bei 30° Temp. können sich die betreffenden Geisteskranken längere Zeit relativ wohl befinden. Sinkt aber die Temp. noch weiter, so steht ein baldiger ungünstiger Ausgang zu erwarten. R.

---

9. **G. Fischer, Morbus Basedowii mit Melliturie.** (Aerztliches Intelligenzblatt. 1880. N. 27.)

Beschreibung eines mit Melliturie complicirten Falles von Morbus Basedowii. Hinweis auf die Möglichkeit, dass diese beiden Krankheitszustände von Störungen im Halssympathicus oder dessen Centren abhängig sind. Wolffberg.

---

10. **M. Boudet de Paris, Note sur deux cas d'occlusion intestinale, traités et guéris par l'éléctricité.** Ueber zwei Fälle von Darmverschluss, behandelt und geheilt durch Elektricität. (Progr. médic. Nr. 33 u. 34. 1880.)

In zwei Fällen von Darmverschluss, von denen der eine, im Anschluss an akute allgemeine Peritonitis auftretend, durch einen peritonitischen Strang verursacht war und im Anfangstheile des Dünndarms seinen Sitz hatte, der andere, nach habitueller Constipation sich entwickelnd, durch Ansammlung von Fäkalmassen in der Gegend des Blinddarms und Lähmung des Darms bedingt war, gelang es Verf.,



nachdem jede innerliche Behandlung sich als erfolglos erwiesen hatte, durch Anwendung des konstanten Stromes in dem ersten Falle noch am siebenten, in dem zweiten schon am ersten Tage Besserung und bald auch Heilung zu erzielen. Er führte den negativen Pol in den Mastdarm ein und placirte den positiven in drei Pelotten auf die regio epigastrica. Die Anwendung des Stromes geschah mehrmals am Tage und wurde bis zu anderthalb Stunde fortgesetzt, doch nicht in permanenter Weise. Einmal in jeder halben Minute wurde für eine Sekunde der Contakt hergestellt. Jede Stromesschliessung rief eine heftige Contraktion des Darmes hervor, und die Sonde (mit welcher der negative Pol verbunden war, damit Gase und Fäkalmassen frei abfliessen konnten) zeigte diese Contraktionen durch Komm- und Geh-Bewegungen an. Verf. hat mehrmals statt des labilen konstanten den Induktions-Strom angewendet; derselbe verursacht jedoch einen unausstehlichen Schmerz und wirkt nur auf die Bauchwand oder ruft vielleicht eine Contraktur des Darmes hervor; die Sonde blieb unbeweglich. Der stabile konstante Strom findet seine Indikation besonders dann, wenn es sich um Lähmung des Darmes handelt.

E. Bardenhewer.

---

11. **Dr. Hirsch, Ein Fall von innerer Incarceration des Darmes, bedingt durch eine anomale Oeffnung im Mesenterium.** (St. Petersb. medic. Wochenschr. Nr. 32. 1880.)

Der Fall betraf einen 50 Jahre alten, sehr korpulenten Mann, welcher vor 12 Jahren eine traumatische Peritonitis durchgemacht hatte und seitdem jährlich zwei bis drei Mal an heftigen Erscheinungen innerer Incarceration litt. Dieselben schwanden immer nach vier bis fünf Tagen beim Gebrauch leichter Abführmittel. Am 15. Juni trat ein neuer heftiger Anfall ein; Schmerz besonders heftig in der regio mesogastrica dextra; die regio epigastrica und zum Theil auch die mesogastrica tympanitisch aufgetrieben. Die Diagnose wurde gestellt auf „innere Inkarceration wahrscheinlich im oberen Theil des Dünndarms, vermuthlich bedingt durch einen abnormen Strang oder Verlöthung der Darmschlingen, als Folge der vor 12 Jahren stattgehabten traumatischen Peritonitis“. Calomel, Opium, Wasser-Eingiessungen u. s. w. blieben erfolglos. Tod am 18. Juni. Die Sektion ergab: starker panniculus adiposus; das omentum stark verfettet; die oberen Schlingen des jejunum stark ausgedehnt, bedecken zum Theil den zusammengefallenen Theil des Dünn- und Dickdarms. Das Mesenterium des Dünndarms zeigte in seiner Mitte ein oval rundes Loch von 12 cm Umfang; die Ränder der Oeffnung etwas kallös, nicht dehnbar und vollständig glatt. In diese Oeffnung war von rechts und oben eine 1,39 Meter lange Schlinge des jejunum hineingetreten. Die Länge des Darmes vom Anfang des jejunum bis zur Einklemmungsstelle 1,79 Meter. Die incarcerirte Schlinge stark aufgetrieben und injicirt; dieselbe liess sich ziemlich leicht zurückführen; keine Entzündungsprodukte.

E. Bardenhewer.

---



12. **D'ham, Ueber einige heilende und giftige Eigenschaften von Verbindungen des Jod.** (Bonn 1880. Dissertation aus dem pharmakolog. Institute.)

Verf. hat auf Veranlassung von Binz Versuche über die Wirkung des jodsauren Natrons angestellt, von dem Gedanken ausgehend, dass eine antipyretische Wirkung des Präparates in noch nicht giftiger Dosis möglich sei. Die Jodsäure wurde in Form des Natronsalzes verwandt, weil sie dann als chemisch indifferent erscheint. In einer Reihe von 12 Versuchen zeigte sich, oft höchst eclatant, dass durch Jaucheinjection erzeugte Fiebertemperaturen bei Einführung von jodsaurem Natron sinken, oft bis zur Norm zurückkehren. Kaninchen vertragen 0,1 $NaJo_3$ ohne Gefahr. Die Form der Darreichung ist die subcutane Injection.

„Das jodsaure Natron erscheint im Harn als Jodnatrium. Demnach müssen im Organismus Jodnatrium und jodsaures Natron eine Zeit lang neben einander vorkommen. Da diese beiden Salze aber schon durch schwache Säuren zerlegt werden, wovon ich mich mehrmals selbst überzeugte, so müssen wir auch annehmen, dass das nämliche geschieht in Geweben mit starkem Stoffwechsel. Wo aber in solchen Geweben Jod einige Zeit lang, wenn auch nur in geringer Menge, in Freiheit gesetzt wird, da muss die Arbeit der Zellen und Fermente eine Verlangsamung erfahren, welche sich uns als verminderte Verbrennung zu erkennen gibt."

Die Giftigkeit der Jodsäure bezw. deren Salze ist an besonderen Versuchen studirt. Schon Möller hat gefunden, dass die Vergiftungserscheinungen der Jodsäure eine gewisse Analogie mit denen des Chlorals und des Morphins zeigen, dass der Tod bei giftigen Gaben durch Lähmung der Respiration und des Herzens eintritt. „Das Jodat ist ein Gift und wird durch die oxydablen Substanzen des Körpers zu Jodid reducirt. Das Natriumjodat wird leichter reducirt als das Kaliumjodat, die Ausscheidung aber gebraucht mehr Zeit als die des letzteren. In Bezug auf die Frage des Verhaltens der Magenschleimhaut nach Jodeinführung wird durch Versuche constatirt, „dass auch bei Thieren die Entzündung des Magens nach peripherer Einverleibung von Jod in Jodnatrium stattfindet". „Da nun das nämliche auch geschieht seitens der Jodsäure und ebenfalls seitens des Jodoforms, so lässt sich daraus ein Schluss ziehen für das Verständniss der merkwürdigen zuerst von Rose beobachteten Thatsache, dass grade die Magenschleimhaut von dem Jod, welches sie bei der Einführung gar nicht berührt hat, angegriffen wird."

Sowohl Jodnatrium wie jodsaures Natron werden von Säuren augenblicklich bis zur Bildung von freiem Jod zerlegt, „das stark sauer reagirende Gewebe der Magenschleimhaut bereitet sich somit aus ihnen sein ätzendes Gift. In der sauer reagirenden Gehirnrinde wird das nämliche stattfinden, wenn auch vielleicht in nicht so heftigem Grade. Die von Rose beobachtete Schläfrigkeit und der Ausgang in Lähmung sind die Folgen". Finkler.

---



13. **Dr. Ludwig v. Hoffer, Ein therapeutischer Versuch über die Anwendung des Pilocarpin bei Diabetes.** (Mittheilungen des Vereins der Aerzte in Steiermark.)

Nachdem Glax gezeigt, dass das Trinken heissen Wassers eine Steigerung der Herzarbeit, Dilatation der Arterien, Temperaturerhöhung und stärkere Schweisssecretion bewirkt, und durch methodische Einführung heissen Wassers überraschende Erfolge bei Diabetikern gesehen, nachdem Leyden für das Pilocarpin ganz dieselben Erscheinungen, Erweiterung der Arterien, Veränderung des Pulses, Temperatursteigerung erkannt, versucht Hoffer auch die Wirkung des Pilocarpin bei Diabetes. Bei einem Diabetiker wurden bei Controle der Harnmenge und des Zuckergehaltes die Versuche angestellt. Das Resultat erhellt aus folgenden Zeilen der Mittheilung:

„Aus dieser mitgetheilten therapeutischen Beobachtung ersehen wir nun den günstigen Einfluss von subcutanen Pilocarpininjectionen auf die diabetischen Hauptsymptome, wie Polyurie und Glykosurie, indem entgegen der Mittheilung Fürbringer's (l. c.) die tägliche Zuckermenge in unserem Falle bis auf 224 grm gesunken ist, somit während der Behandlung um 562 grm in 24 Stunden abgenommen hat.

Von auffallender Wirkung ist jedoch der Einfluss des Pilocarpin auf die Polyurie gewesen, indem die tägliche Ausgabe um 5900 Ccm. abgenommen hat. Einige Autoren haben diese Wirkung des Pilocarpin bestritten und sogar angegeben, es komme nach einer Pilocarpininjection zu einer vermehrten Harnausscheidung, was möglicher Weise im Momente der Einwirkung sein kann; die 24stündige Harnmenge, und dies ist das Massgebende, nimmt, wie dies Leyden (l. c.) ganz richtig bemerkt, nicht nur am Tage der Injection ab, sondern es dauert die verminderte Harnabgabe mehrere Tage an oder ist, wie im mitgetheilten Falle, bleibend.

Ich glaube auch nicht unerwähnt lassen zu dürfen, dass in unserem Falle immer zuerst Salivation und erst einige Minuten später Diaphorese eintrat, was wohl im Wesen der Krankheit liegt, da ja bei Diabetes vorzugsweise die Funktion der Schweissdrüsen lahm gelegt ist. Als Hauptursache des ungünstigen Erfolges Fürbringer's glaube ich die zu hoch gegriffene Dosirung ansehen zu müssen, er gab an zwei aufeinander folgenden Tagen 0,12 grm. Pilocarpin, während ich im Laufe der ganzen Beobachtung nur 0,20 grm Pilocarpin in Anwendung brachte. Bei Fürbringer's Patienten traten heftige Diarrhöen, Gewichtsabnahme um 2400 grm und nur eine ganz geringe Erniedrigung des Zuckergehaltes ein. Ich verabfolgte jedoch nur 0,02 grm Pilocarpin täglich, und zwar in Pausen von 2—12 Tagen, und nie konnte ich eine ungünstige Wirkung wahrnehmen, nie Diarrhöen, nie eine Gewichtsabnahme; als ich jedoch die letzten fünf Injectionen in kürzeren Zwischenräumen (während 12 Tage) verabfolgte, so konnte ich, wie schon oben erwähnt, eine Gewichtsabnahme von 900 grm constatiren, jedoch Diarrhöen oder andere ungünstige Nebenwirkungen waren nicht vorhanden.

Es ist somit wohl der Schluss erlaubt, dass man bei Diabetes mellitus Pilocarpin subcutan anwenden kann und dasselbe in kleinen Dosen und in Intervallen von einigen Tagen geben soll." Finkler.

---



14. **Th. Gies, Zur Kenntniss der Wirkung der Carbolsäure auf den thierischen Organismus.** (Arch. für experim. Pathol. u. Pharmakol. Bd. XII. S. 401—419.)

Gies hat sich die Aufgabe gestellt, verschiedene bis jetzt noch offene Fragen über die Wirkung des Phenols experimentell zu beantworten. Die Resultate seiner Versuche sind folgende:

1. Gehen die in Folge von Carbolsäurezufuhr auftretenden nervösen Erscheinungen vom Gehirn oder vom Rückenmark aus? In verschiedener Weise modificirte Versuche an Fröschen lieferten den Beweis, dass, in Uebereinstimmung mit Salkowsky's Angaben, erhöhte Erregbarkeit und Reizbarkeit des Rückenmarks als Ursache der Krämpfe anzusehen sind.

2. Welchen Einfluss übt die Carbolsäure auf den Circulationsapparat aus? Hinsichtlich des Blutdrucks fand S., dass gleich nach Injektion des Phenols ins Blut der Blutdruck um mehrere Centimeter sank, um dann nach Ablauf etwa einer Minute wieder zur Norm zurückzukehren. Gleichzeitig sank auch die Anzahl der Pulsschläge, um sich gleichfalls später wieder zu heben. Als Angriffspunkt der Carbolsäure in Beziehung auf das Verhalten des Blutkreislaufs ist das vasomotorische Centrum anzusehen, dasselbe wird durch die Carbolsäure direkt gelähmt.

3. Wie ist die physiologische Wirkung der Carbolsäure auf das Muskelsystem? Durch das, in Blut und Lymphe zum Muskel gelangende Phenol wird die Muskelfaser in der Weise afficirt, dass sowohl die Erregbarkeit als auch die Arbeitskraft vermindert wird, und zwar namentlich die letztere in beträchtlichem Grade.

4. Wie wird die Schweisssekretion in Folge Carbolsäurezufuhr bestimmt? Einführung von Carbolsäure in den Organismus bedingt eine ganz bedeutende Vermehrung der Schweisssekretion, bei Katzen auf das 29fache der Norm, das quantitative Verhältniss der Wirkung von Carbolsäure zu Pilocarpin verhält sich wie 1 : 1,9.

5. Wie verhält sich die Speichelabsonderung nach Carbolsäurezufuhr? In Uebereinstimmung mit andern Beobachtern sah auch G. starke Salivation nach Carbolsäurevergiftung auftreten, er lässt es jedoch vorläufig noch in suspenso, ob es sich bei dieser Erscheinung um Chorda- oder Sympathicusreizung oder aber um direkte Beeinflussung der Drüsensubstanz selbst handelt.

6. Welches ist der Phenolgehalt der einzelnen Organe nach Tod durch Carbolsäure? Als mittlere Werthe aus 6 Versuchen erhielt G. einen Phenolgehalt: für das Gehirn 0,026 %, für die Nieren 0,013 %, für das Blut 0,0125 %, für die Leber 0,009 %, für die Muskeln 0,00125 %, mithin den stärksten Phenolgehalt im Gehirn und von da absteigend den geringsten in den Muskeln.

7. Welches ist die eigentliche Todesursache? Aus seinen Versuchen nimmt Verf. an, dass kleine oder mittlere Dosen Carbolsäure den Tod durch Lähmung des Respirationscentrums bedingen, bei stärkeren Gaben tritt dazu noch Herzstillstand, während, wenn künstliche Respiration unterhalten wird, die Herzlähmung allein tödtlich wirkt.

Schulz.

---



15. **Dessau, The subcutaneous use of Hydrobromide of Cinchonidia in the Summer Diarrhoea of Children.** Subcutane Anwendung des Cinchonidinum hydrobromicum gegen Sommerdiarrhoen der Kinder. (N.-Y. Med. Rec. Juli 3. 1880. S. 10.)

In der hohen Temperatur und dem niedrigen Stand des Barometers während der Sommermonate, erblickt Verf. die Ursache der gefährlichen Diarrhoen, die in der Kinderpraxis, besonders in den amerikanischen Städten, eine wichtige Rolle spielen. Von dieser angenommenen Aehnlichkeit mit dem Sonnenstich ausgehend, wollte D. ein Chininpräparat anwenden, wie Hall gegen diesen. Um Abscesse zu vermeiden, benutzte er das von Gubler empfohlene Cinchonidinum hydrobromicum, das subcutan sehr wirksam sein soll. Diese Anwendung hat auch den grossen Vortheil, dass das häufige Erbrechen nicht hinderlich ist. Es werden sieben poliklinische Fälle mitgetheilt, bei denen diese Behandlung geprüft wurde. Mit einer Ausnahme waren es Kinder im ersten Lebensjahre. Die notirten Temperatursteigerungen betrugen bis zu 41,6° in recto. Verf. rühmt die Sicherheit, womit man die Körpertemperatur auf diese Weise erniedrigen kann.

Zu bemerken ist aber, dass keine genügenden Temperaturmessungen mitgetheilt werden, da die Kinder den Berichten nach sogar nicht einmal täglich gesehen wurden und dass neben besagtem Präparat auch die gewöhnlichen Mittel gegeben wurden. Die probirte Dosis war 0,048. Warren.

---

16. **Cady, Benzoate of Sodium in Pneumonia.** Natrum benzoicum bei Pneumonie. (N.-Y. Med. Rec. 3. Juli. 1880. S. 24.)

Verf. hatte Gelegenheit dieses Präparat in mehreren Fällen epidemisch aufgetretener Pneumonie anzuwenden. Er rühmt den erniedrigenden Einfluss auf die Temperatur mit entsprechender Abkürzung der Krankheitsdauer. Kleine Kinder bekommen 4,0, Erwachsene bis zu 23,0 täglich. Warren.

---

17. **Tollin, William Harvey, eine Quellenstudie.** (Virchow's Archiv, Bd. 81, S. 114.)

Aus der längeren, auf sorgsamem Quellenstudium beruhenden Abhandlung soll hier nur Folgendes hervorgehoben werden: Verf. zeigt, dass nicht nur vor Harvey zahlreiche Forscher den Blutkreislauf gelehrt haben, so Realdo Colombo, Michael Servet, Sarpi, Andreas Caesalpinus u. A., sondern dass Harvey dies auch gewusst hat und aus den Schriften und theils auch dem persönlichen Umgang dieser Männer seine Anschauungen geschöpft hat. Aus der gegebenen Characterdarstellung Harvey's erklärt es sich ferner, dass er es nicht über sich vermocht hat, öffentlich anzuerkennen, dass er nicht der Entdecker des Kreislaufes ist, sondern jene Männer.

Ribbert.

---

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.



Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen nebst Titel und Register.

# Centralblatt für KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigirt von

**Dr. H. Rühle,** Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

**Dr. D. Finkler,** Privatdocent und Assistent an der medicin. Klinik in Bonn.

**1880. 11. September. Nro. 27.**

**Inhalt.** Referate: 1. **Grawitz,** Ueber Schimmelvegetationen im thierischen Organismus. — 2. Uebersicht über die Erkrankungen und Todesfälle an den Pocken in Baiern während des Jahres 1879. — 3. **Vidal,** Ein Fall von Variola bei einem Neugeborenen. — 4. **Strauss,** Trichinose in Barmen. — 5. **Epstein,** Ueber die Gelbsucht bei neugeborenen Kindern. — 6. **Schultze,** Zur Kenntniss von den Ursachen des Icterus neonatorum. — 7. **Schüle,** Ein Fall von autochthoner Thrombose des Sinus longitudinalis. — 8. **Fuckel,** Gleichseitige Hemiopie mit Ausgang in Heilung. — 9. **Greuser,** Gangraena pulm. dextr. bei einem 5jährigen Knaben, verursacht durch Aspiration einer Kornähre, welche nach 160 Tagen ausgehustet wurde. Genesung. — 10. **Hausmann,** Zur Therapie mittelst Inhalations-Respirators. — 11. **Schmidt,** Ueber Pharyngitis lateralis. — 12. **Rosenstein,** Ueber Morbus Brightii und primäre Nierenschrumpfung. — 13. **Leyden,** Klinische Untersuchungen über Morbus Brightii. I. Ueber Nierenschrumpfung und Nierensklerose. — 14. **Harnack** u. **Meyer,** Untersuchungen über die Wirkungen der Jaborandi-Alkaloide nebst Bemerkungen über die Gruppe des Nicotins.

1. **Grawitz, Ueber Schimmelvegetationen im thierischen Organismus.** (Virchow's Archiv, Bd. 81, S. 355.)

Gegenüber den im Jahre 1870 durch Grohe und Block veröffentlichten Versuchen, denen zufolge es gelungen war, durch Injection von Sporen hochorganischer Pilze in die Blutbahn von Kaninchen eine „Mycosis generalis acutissima“ zu erzielen, waren alle späteren, auch vom Verf. angestellten Experimente erfolglos geblieben. Die weiter fortgesetzten Versuche gelangten nun aber auf folgende Weise zum Resultat: „Der Nährboden der gewöhnlichen Schimmelpilze ist ein saurer, demzufolge ihre Existenz im alkalischen Blut etc. nicht ohne Weiteres möglich wird. Nun glückte es aber dem Verf., durch allmähliche Gewöhnung der Pilze Penicillium und Eurotium an immer weniger saure, schliesslich alkalische Nährflüssigkeiten, eine physiologische Varietät zu erzielen, die morphologisch durchaus der ursprünglich angewandten Form gleich ist, die aber auf alkalischem Boden vegetiren kann. Mit den so modificirten Pilzen gelangen alle Experimente. Bei directer Einführung in das Blut (vena jugularis) ist an den Thieren in den ersten 48 Stunden nichts Abnormes zu bemerken, dann aber werden sie matt etc. und gehen, Kaninchen nach ca. 80, Hunde nach ca. 100 Stunden zu Grunde. In den ersten 24 Stunden ist mikroskopisch in keinem Organe Bestimmtes nachweisbar, nach dieser Zeit treten die ersten punktförmigen Metastasen in Lunge und Niere auf.



Am dritten und vierten Tag sind folgende Veränderungen vorhanden: In den Nierenkapseln zahlreiche flache, nur aus einem Pilzrasen bestehende Verdickungen. Das Bindegewebe der Kapsel ist durch die Pilze einfach verdrängt. Die Nierenoberfläche übersät mit miliaren und submiliaren Knötchen, die sich auf der Schnittfläche in die Tiefe verfolgen lassen. Auf Schnitten sieht man, dass der ganze Process seinen Anfang von den Glomerulis nimmt, deren Kapseln dicht vollgestopft sind mit langen Pilzfäden, die sich in das umgebende Parenchym ausbreiten. Ausser in den Glomerulis werden Pilze auch in kleinen Arterienästen und zwischen den Harnkanälchen angetroffen, vielfach mit albuminöser Trübung und Fettdegeneration; letzteres in ihrer Umgebung. In der Leber findet man die Pilze ganz nach Art der Miliartuberkulose nur in kleinsten miliaren Knötchen, deren jedes central aus einem Pilzkeim peripher aus körnig getrübten Leberzellen besteht. Im Darm lassen sich die weissen Knötchen sowohl in der Serosa wie Mucosa nachweisen. In ersterer zerfällt das nekrotische Centrum derselben und es entsteht ein typhusähnliches Geschwür. Weniger stark als die genannten Organe sind Lungen, Muskeln, noch weniger Milz, Rückenmark etc. betheiligt. Injicirt man in die Carotis, so ist in erster Linie das Gehirn und die Retina betroffen. Bringt man die Injectionsflüssigkeit in die Bauchhöhle, so findet die Hauptwucherung in der Bauchwand und dem Zwerchfell innerhalb der Lymphgefässe statt. Die wenigen ins Blut gelangenden Pilze machen entsprechende Folgeerscheinungen wie oben. Die Versuchsthiere überleben eine derartige Injection vielfach.

Diese Versuche lehren also, dass Schimmelpilze, die man an alkalischen Nährboden gewöhnt hat, im Stande sind im Körper sich zu entwickeln und den Tod herbeizuführen. Die mikroskopische Untersuchung der metastasirten Pilze zeigt aber, dass nur eine Entwicklung der Sporen zu langen Pilzfäden, dagegen keine weitere Fortpflanzung im Körper stattfindet. Hier werden nur noch rudimentäre, sterile Fruchtträger erzeugt. Von der Wirkung der Bakterien unterscheiden sich die Schimmelpilze in drei wesentlichen Punkten: Erstens wachsen und vermehren sich die Bacillen im Körper, die Schimmelpilze thun das nicht. Jene tödten demnach durch ihre unaufhörliche Weiterentwicklung im Organismus, letztere wirken nur tödtlich, wenn ihre Menge sämmtliche Organe lähmt. Zweitens wirken die Bacillen chemisch zersetzend auf den Organismus ein, die Schimmelpilze bewirken nur lokale Veränderungen, sie schaden nur durch die colossale Vielheit der einzelnen Erkrankungsherde. Drittens liegt ein wesentliches Unterscheidungsmoment in der Energie, mit welcher die pflanzlichen Keime gegen die lebenden Gewebszellen ankämpfen. Gegenüber der malignen Wirkung der Bacillen muss hervorgehoben werden, dass die Schimmelpilze in ihrer Keimkraft sehr bald versagen, dass z. B. beim Passiren langer Lymphgefässbahnen die lebenden Gewebszellen das Feld behaupten.

Ribbert.

2. **Uebersicht über die Erkrankungen und Todesfälle an den Pocken in Baiern während des Jahres 1879.** (Aerztliches Intelligenzblatt. 1880. N. 27.)

In Baiern erkrankten im Jahre 1879 an den Pocken 145 Menschen, gleich 29 auf 1 Million Einwohner; es starben 22, gleich 15,2 % der Erkrankten. Vaccinirt waren 75,9 % der Erkrankten, gleich 110; von diesen starben 15 oder 13,6 %. Revaccinirt waren 18, von diesen starb Niemand. Ungeimpft waren 11,7 % der Erkrankten, gleich 17. Von diesen starben 7 oder 41,1 %. (Lebensalter sind in dieser Uebersicht nicht angegeben.) Wolffberg.

---

3. **Dr. A. Vidal, Ein Fall von Variola bei einem Neugeborenen.** (Gaz. méd. de Paris Nr. 27. 1880.)

Léon Labbé zeigt in V.'s Namen einen Foetus, der lebend auf die Welt gekommen war, bedeckt mit Pockenpusteln. Die Mutter, vaccinirt, hatte niemals Variola gehabt. Die Pusteln schienen bei der Geburt sieben oder acht Tage bestanden zu haben, sie waren grösser als gewöhnliche, doch mit deutlicher centraler Vertiefung, so dass es nur Variolae sein konnten. Das Kind starb nach einigen Stunden. Nach den Informationen, woraus V. keine einzige Folgerung ziehen will, hatte die Conception Ende November oder Anfangs 1870 stattgefunden, und war der Vater in den ersten Tagen vom December 1871 von Variolae semi-confluentes befallen gewesen. Die Mutter war in der Jugend vaccinirt gewesen, und ihre Gesundheit war während und nach der Krankheit ihres Mannes immer gut. Roux.

---

4. **Dr. Strauss,** Kreisphysikus, **Trichinose in Barmen.** (Deutsche medic. Wochenschrift. 1880. Nr. 34.)

Ende April und Anfang Mai d. J. kamen in B. 96 konstatirte, wahrscheinlich aber über 100 Fälle von Trichinosis vor, die alle durch das Fleisch *eines* Schweines erzeugt waren, alle in Genesung endeten, doch in vielen Fällen sehr intensiv waren und eine schwere langsame Reconvalescenz hatten. Die Incubationszeit, sowie die Krankheitserscheinungen erschienen nicht von den bisher anderweit beobachteten verschieden. Die Anwesenheit der Trichinen wurde durch Untersuchung den Kranken entstammender Muskelpräparate erwiesen. R.

---

5. **Alois Epstein,** Privatdocent in Prag, **Ueber die Gelbsucht bei neugeborenen Kindern.** (Samml. klinischer Vorträge von Volkmann. Nr. 180.)

Abgesehen von den Bildungsfehlern der Gallenwege und angeborenen Leberkrankheiten, sowie den seltenen Fällen von Pyaemie in Folge von Phlebitis der Nabelvene, welche in der Gesammtzahl des Icterus neonatorum nur einen „verschwindenden Bruchtheil" bilden, fehlt für diesen Zustand bisher die anatomische Aufklärung.

Man muss unter diesem Namen „eine *abnorme*, durch die Anwesenheit eines Pigmentes bedingte gelbliche Färbung der Haut und



Schleimhäute Neugeborener“ verstehen, „welche im Allgemeinen einen typischen Verlauf hat“.

Diese Gelbsucht der Neugeborenen tritt am häufigsten in der ersten Lebenswoche, meist am 2. und 3. Tage auf. In der 2. Lebenswoche ist der Beginn derselben ungewöhnlich. Die Dauer beträgt meist 6—8 Tage, und selten besteht sie bis Ende der 3. Woche; bei unreifen Kindern ist späteres Eintreten und längere Dauer häufiger als bei reifen, gesunden. Die Vertheilung der abnormen Farbe weicht etwas ab, indem nicht selten bei intensivem Icterus die Conjunctiva wenig oder gar nicht mit gefärbt erscheint. Bei den Symptomen ist zu bemerken, dass sich Schmerzhaftigkeit und Schwellung der Leber gewöhnlich nicht finden; Einfluss auf Respiration und Herzaction fehlt; die Faeces sind immer gallig gefärbt; Darmkatarrh besteht nur als zufällige Complication; abnormer Fettgehalt der Faeces wird nicht beobachtet. Der Harn ist auch bei intensiven Formen mit gelber Conjunctiva mitunter farblos, meist nur leicht gelblich oder röthlich gelb. Ziemlich oft enthält er Eiweiss, was in den ersten Lebenstagen überhaupt nicht ungewöhnlich ist. Meistens lässt sich in ihm kein Gallenpigment nachweisen, oder die Anwesenheit desselben stand nicht im Verhältniss zur Färbung der Haut. Mit der Gmelin'schen und der Chloroformprobe war das Resultat stets unsicher; positive Resultate gab nur die Huppert'sche Reaction (Schütteln mit Kalkwasser, Auswaschen des Filtrates mit Alkohol und Zusatz von Schwefelsäure); nach ihr zeigte sich nur in einer Minderzahl der Fälle die charakteristische grüne Farbe des Gallenpigmentes.

Die mikroskopische Untersuchung ergab neben amorph. Harnsäure ein für den Ict. neonat. charakteristisches, krystallinisches oder körniges Pigment von gelblich bis gelblichrother Farbe, welches durch Zusatz von Natronlauge und Essigsäure unverändert bleibt, während die Harnsäure dadurch in den bekannten rhombischen Tafeln hervortritt. Auch in der Pemphigusflüssigkeit icterischer Kinder finden sich zuweilen Pigmentkörnchen; der Rest enthält oft grosse Mengen davon. Auch in der Leiche bildet nach Orth dieses Pigment die constanteste Erscheinung. Am constantesten und reichlichsten in der Niere, besonders als Streifen in den Pyramiden, an den Papillenspitzen, lässt es sich vom Harnsäureinfarct deutlich unterscheiden; es findet sich im Blut, und in allen Organen und Geweben, zumeist in der Umgebung der Gefässe. Unter 37 Fällen von Pigmentbildung bei Neugeborenen fand Orth 32 Mal Icterus. Beim Icterus Erwachsener wurden Pigmentkrystalle nicht beobachtet.

Die Natur dieses Pigmentes erklären Einige für Bilirubin, andere für Haemotoidin, welche von manchen Chemikern für identisch erklärt werden.

Das Verhalten der Leber und Gallengänge hat Verf. bei zahlreichen Sektionen beachtet, fand aber niemals den Beweis einer Stauung des Lebersecretes. Die Leber war nicht auffallend icterisch oder geschwellt, die grossen Gallengänge waren normal, kein Hinderniss im duct. choledoch.; die Galle entleerte sich bei leichtem Druck ins Duodenum; immer war der Darminhalt gallig. Darmkatarrhe und lobuläre Pneumonien und septische Erkrankungen waren die gewöhnlichen

Todesursachen. Meist bestand eine Eiterung der Nabelfalte und Arteriitis umbilicalis.

Die Häufigkeit des Icterus neonat. wird sehr verschieden angegeben. E. fand ihn in 42 % in der Prager Klinik, im Pariser Findelhause soll er fast alle, in der Dubliner Gebärklinik nur wenige Kinder befallen (West). Von merklichem Einfluss zeigte sich die Reife oder Unreife des Kindes, ein Einfluss des Meconium (P. Frank) hat sich nicht herausgestellt.

Die Aetiologie betreffend konnte sich E. nicht von der mechanischen Natur (hepatogen) des Ict. neon. überzeugen; auch der Erklärung, dass derselbe nur ein Hautphänomen, eine Umwandlung von Blutfarbstoff in oder ausser den Hautcapillaren sei, kann Verf. nicht beipflichten. (Die näheren Widerlegungen im Original.) Aus den oben angeführten Symptomen muss man die hämotogene Natur des Icterus neon. annehmen (natürlich giebt es auch bei Neugeborenen hepatogenen Icterus). Dass aus Haemoglobin Bilirubin hervorgeht, ist durch Kühne und Tarchanoff sehr wahrscheinlich. Dass im Blute der Neugeborenen wesentliche Veränderungen geschehen, ist ebenfalls sehr wahrscheinlich. Der Gehalt desselben an rothen Körperchen ist übereinstimmend sehr hoch gefunden worden, während dies am Ende der zweiten Lebenswoche nicht mehr der Fall ist. Durch die Einleitung der Respiration wird ein rapider Umsatz des Foetalblutes bewirkt, dessen Produkte schon als Harnsäure, Allantoin, Eiweiss im Harn ausgeschieden werden, sowie die Perspirationswerthe nach Verf.'s Untersuchungen die des Erwachsenen bedeutend übertreffen. Gehen diese Umwandlungen und Ausscheidungen aus irgend einem Grunde nicht in entsprechender Weise vor sich, so kann im Blut und den Geweben das krystallinische Bilirubin auftreten und der Icterus sich zeigen.

Behinderte Abscheidung des Pigmentes durch die Nieren, irgend welche Erkrankung des Kindes, ungenügende Nahrungszufuhr können die Bedingungen des Icterus werden. Besonders aber ist die septische Infection hier zu beachten, wie sie auch bei Eiterungen der Nabelfalte, eitriger Abstossung des Nabels vorliegt. Auch bei pyämischem Icterus Erwachsener fand E. in den Nieren zahlreiche Büschel von rothbraunen, nadelförmigen Krystallen. Die Häufigkeit und Intensität des Icterus steht mit der Zunahme der septischen (puerperalen) Erkrankungsform der Neugeborenen in gradem Verhältniss. Er ist somit keine eigentliche Krankheitsform, sondern eine symptomatische Begleiterscheinung anderweitiger pathologischer Zustände der Neugeborenen. Es ist daher eine genaue Untersuchung auf diese bei der Frage nach Prognose und Therapie erforderlich. Die spät abgenabelten Kinder werden nach Schücking und Torak häufiger und intensiver icterisch, da sie blutreicher sind; auch ist schon von Gardien, Ceoret, Despins die Blutentleerung aus dem foetalen Ende des Nabelstranges als Mittel gegen den Icterus neon. empfohlen worden. R.

---

6. **Schultze, Zur Kenntniss von den Ursachen des Icterus neonatorum.** (Virch. Arch. Bd. LXXXI. S. 175.)

Verf. wendet sich gegen eine Darstellung in der Arbeit Violets (refer. Nr. 14 dies. Arch.), aus welcher der Leser hätte entnehmen können, als ob von ihm (dem Verf.) eine Vermehrung der Gallenproduktion zur Erklärung des Icterus neonatorum behauptet sei, und führt seine diesbezügliche frühere Auseinandersetzung über die Entstehung des Icterus durch die Verminderung des Blutdrucks in der Leber an. Er bringt seine Gründe gegen die von Torak und Zweifel aufgestellten Einwände gegen jene Erklärung vor. Verf. sieht durch Violets Experimente seine Auffassung des Icterus nicht widerlegt, lässt es jedoch unentschieden, wie weit die lokalen Prozesse des Zerfalls rother Blutkörperchen, der ebenfalls als Ausdruck der Blutdruckerniedrigung in der Aorta (in Folge capillarer Stasen) anzusehen ist; und jene muthmasslich erfolgende, durch den verminderten Blutdruck erklärte Gallenresorption zur Entstehung des Icterus neonatorum mitwirken. Ribbert.

---

7. **Dr. H. Schüle,** Illenau, **Ein Fall von autochthoner Thrombose des Sinus longitudinalis.** (Deutsch. Arch. für klin. Med. Bd. 26. Heft 3 und 4. p. 409.)

Schüle berichtet in seiner Mittheilung des obengenannten Falles, der besonders wegen der Reinheit des Symptomenbildes und der klaren Uebersicht des Krankheitsverlaufes bemerkenswerth ist, und grade wegen der später vorgenommenen Sektion an Werth gewinnt, dass eine bis Ende Oktober 1879 vollständig gesunde Frau, die schon am 18. November starb, plötzlich auf einen heftigen Gemüthseindruck hin von einer aktiven Melancholie mit Schlaflosigkeit befallen wurde. Anfangs entsprach das Krankheitsbild einer funktionellen corticalen Störung, erhielt später die klinischen Charaktere eines organischen Hirnreizzustandes. Diesem folgte sodann äusserliche Ruhe und zunehmende Klärung des Bewusstseins, jedoch unter Eintritt von motorischen Heerdsymptomen an den Extremitäten (Contractur des l. Armes mit Lähmung des gleichseitigen Beines) und bedenklichen trophischen Störungen (Decubitus acutus); dazu kamen im gelähmten Beine Erscheinungen von Venenthrombose. Die hin und wieder nachlassende Contractur des linken Armes ging endlich durch ein Stadium von psychomotorischer Lähmung in dauernde motorische Lähmung über. Gleichzeitig traten Thrombosen im r. Beine auf und schwache linksseitige Facialparese. Im weiteren Verlaufe wurde eine typische, gegen Nachmittag exacerbirende Quotidiana nachweisbar, dabei Congestionen zum Kopfe mit Carotidenpulsation und Undulation der stärker hervortretenden rechtsseitigen Jugularis, retentio urinae, Fortschritt des Decubitus, allgemeine motorische Schwäche. In den letzten Tagen traten Convulsionen ein, die sich später zu schweren epileptiformen Anfällen mit Syncope und nachfolgendem Sopor steigerten, das Fieber wurde anhaltend, es traten Lungenverdichtungen mit mehrtägigem Herzgeräusch ein, das Bewusstsein war relativ am wenigsten gestört. Der Tod erfolgte allmählig von der Lunge aus.



Die Section ergab eine autochthone Thrombosirung des Sinus longitudinalis und der vorderen und mittleren Piavenen mit consecutiver rother Erweichung der im Bereiche dieser Venengebiete liegenden Corticalbezirke; in den unterhalb gelegenen Stabkranzpartien war es zu den ersten Anfängen einer reaktiven Entzündung gekommen. Die zerstreuten pneumonischen Herde in der Lunge, sowie die Thrombosirung der Cruralvenen verdankten ihre Entstehung fortgeschwemmten Gerinnseln.

Eine besondere Beachtung lässt Schüle der anatomischen Lage der hauptsächlichsten Erweichungsherde zu Theil werden, da dieselben in Beziehung zu den vorhanden gewesenen motorischen Störungen stehen. Ob die psychomotorische Phase, welche sich vor Eintritt der completen Lähmung am linken Arme entwickelte, einem schwächeren Erweichungsgrade der betreffenden corticalen Erregungsfelder entsprachen, lässt Schüle unentschieden. Ganz bestimmt hingegen führt Schüle die einseitige Extremitätenlähmung auf zwei grössere vorgefundene Herde in den Hirnwindungen zurück. Der eine Herd auf dem obern Gyrus postcentralis mit theilweiser Fortsetzung auf die Rinde des ersten rechten Parietalgyrus entspricht nach dem betreffenden Autor so genau dem Ferrier'schen Erregungscentrum für die einfachen Bewegungen des collateralen Armes und Fusses, dass ein ursächlicher Zusammenhang wohl nicht zu bezweifeln ist. Ebenso fällt der vordere grössere Herd auf der ersten rechten Hirnwindung ziemlich genau mit dem Ferrier'schen Erregungscentrum für die complicirteren Armbewegungen zusammen. Weitere Herde, aber von weniger Bedeutung lagen im r. Gyrus paracentralis als zerstreute Capillarapoplexien und als schmale Erweichung des obersten Randsaumes der linken Hemisphäre.

Die Erhaltung des Bewusstseins bis in die letzten Lebensstunden führt Schüle darauf zurück, dass die Stirnlappen — mit Ausnahme eines einzigen grösseren Herdes auf dem hinteren Ursprunge der linken Frontalwindung — ungeschädigt blieben; der anfängliche Depressionszustand mit den Reizerscheinungen allgemeiner psychischer Hyperaesthesie bezieht Verfasser auf ein Stadium eines diffus verbreiteten Gefässsturmes (venöse Hyperämie), der eintrat, ehe sich der Process auf umschriebene Areale einschränkte. Das aethiologische Moment für diese anfängliche hochgradige Circulationsstörung sieht Schüle in dem heftigen Affektchoc bei einer erblich stark belasteten (Bruder und Onkel waren beide geisteskrank), im Climakterium befindlichen Persönlichkeit.

Zum Schlusse wirft Verfasser die Frage auf, ob bei der betreffenden Person nicht an eine vasoparethische Wirkung einer solchen Gemüthserschütterung zu denken sei, die die erste cerebrale Blutstauung bedingte und damit bei einem so invaliden Gehirn den Grund zur lokalen Thrombosirung legte. Eschbaum.

8. **Dr. Fuckel,** Schmalkalden, **Gleichseitige Hemiopie mit Ausgang in Heilung.** (Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 26 H. 3 u. 4 p. 424.)

Die betreffende Patientin erkrankte vor 4 Jahren an fieberhaftem Bronchialkatarrh; dazu kam nach einigen Tagen Hydrops der Gallenblase, spätes rechtsseitiges pleuritisches Exsudat, darauf acuter multipler Gelenkrheumatismus mit Endocarditis. Patientin gesundete, behielt nur eine Insufficienz der Mitralis. Am 22. Mai 1879 erkrankte sie wiederum an Bronchialkatarrh, bekam Gelenkschmerzen; am 3. Tage der Erkrankung klagte Patientin über Schmerzen in beiden Augen und Lichtscheu; dabei bestand eine Behinderung der Beweglichkeit beider Augen ohne Lähmung; linke Gesichtshälfte etwas paretisch; Zunge wich nach rechts ab. Später trat Doppelsehen ein und die Untersuchung ergab Hemiopie der beiden rechten Augenhälften, Pupillen etwas dilatirt und träge in der Reaktion. Am rechten Auge behinderte Bewegung, das Aufwärtssehen am meisten erschwert (Strabismus externus dexter). Linkes Auge in normaler Stellung. Schon nach wenigen Tagen besserte sich der Zustand der Patientin; die Gesichtseinschränkungen und Muskellähmungen verloren sich, so dass schon am 31. Mai alle die oben beschriebenen Abnormitäten verschwunden waren.

Fuckel führt die beschriebene Symptomenreihe auf Hirnembolie, bedingt durch Ablösung eines Pfropfes von der Mitralis, zurück und zwar glaubt er, derjenige Ast der Art. foss. Sylv. sei der embolisirte gewesen, der den Linsenkern, Pedunculus cerebri und die umliegenden Theile der rechten Seite speist; die Lähmungen kamen zu Stande, weil die versorgenden Nerven Fasern aus den eben genannten Hirnpartien beziehen. Der Rückgang der Symptome und die Heilung beruht nach Fuckel auf baldiger Einstellung eines genügenden Collateralkreislaufes, wodurch die Anaemie der betreffenden Hirntheile bald gehoben wurde.

Zum Schlusse weist Fuckel darauf hin, dass dieser Fall einen weiteren Beweis für die Semidecussatio nervi optici im Chiasma liefere.

**Eschbaum.**

---

9. **Dr. Paul Greuser,** Dresden, **Gangraena pulm. dextr. bei einem 5jährigen Knaben, verursacht durch Aspiration einer Kornähre, welche nach 160 Tagen ausgehustet wurde. Genesung.** (Deutsche medic. Wochenschr. 1880. Nr. 24.)

Am 29. Juli 1879 ass ein gesunder 5jähriger Knabe Kornähren, verschluckte sich, bekam einen Erstickungsanfall und klagte in den nächsten Tagen über stechenden Schmerz im Schlunde. Nach einigen Tagen stellte sich eine heftige, fieberhafte Krankheit mit beträchtlicher Dyspnoe, 39—40 Temp., 110—130 Puls, ein und schon am 6. August war die Exspirationsluft übelriechend. Der rechte obere Lappen erschien infiltrirt, nach abwärts pleuritisches Exsudat. Links nur einzelnes Rasseln. Sputa röthlich schleimig, übelriechend. Therapie: Chinin und Carbolsäure-Inhalationen. Das Fieber fiel nach 8 Tagen Morgens ab, Abends Temp. 39; zuweilen unregelmässige Exacerbationen; Abnahme des pleur. Exsud.; Sputa sehr putride. Nach weiteren zehn Tagen Besserung der Kräfte, klingendes Rasseln R.O.; Reste des pleur. Exsud. Am 18 September Rückreise nach Aachen. Von dort



berichtet Dr. Frank, dass der Knabe sich bis Anfang Decemb. ziemlich wohl befunden und im Hause umhergelaufen sei; er war fieberfrei, behielt aber ein krankes Aussehen. Man fand nur leichtes Rasseln R.O. Die seltenen Sputa hatten aber einen sehr penetranten Geruch. Inhalat. mit Carbol. Am 8. Decbr. heftiger Husten, allgemeines Rasseln, unregelmässige, rasch ansteigende und oft schnell zur Norm abfallende Fieberparoxysmen, erst gegen den 18. Dec. Zeichen der Hepatisation R.O.; am 19. werden zwei Spitzen einer Kornähre ausgehustet, am 20. und folgenden Tage R.O. deutlich cavernöses Rasseln; am 25. wurde die ganze Aehre und eine erhebliche Menge stinkenden Eiters entleert. Am 26. völlig fieberfrei, der putride Auswurf verschwunden. Allmählich bildete sich die Hepatisation zurück, so dass schon Mitte Januar kaum noch ein Unterschied bei der physikalischen Untersuchung von rechts gegen links konstatirt werden kann. Dr. G. glaubt, dass die Aehre sich im Abscess umgedreht haben müsse, um ebenso wie sie eingegangen, wieder heraus zu gelangen, das dickere Ende voran, die Grannen zuletzt. R.

---

10. **Dr. Raph. Hausmann** (Meran), **Zur Therapie mittelst Inhalations-Respirators.** (Berl. Klin. Wochenschr. 1880. Nr. 34.)

Dieser Respirator wiegt nur 30—34 gr und kann auch beim Ausgehen getragen werden. Er besteht aus einem Mundstück und einer Medikamenten-Kapsel, welche von jenem durch einen fein durchlöcherten Boden getrennt ist. Verf. wendete bisher gereinigten Holztheer, Ungt. picis 1 : 4, Carbolsäure 5—10 % und Terpentinöl an. Dieselben werden auf Watte in die Medikamentenkapsel gebracht, und täglich wenigstens 4—5 Stunden lang angewendet.

Die Theerpräparate wurden besonders gegen Bronchialkatarrhe mit profuser Secretion, Carbolsäure bei Phthisikern, Terpentin bei gangränösen Vorgängen in Gebrauch gezogen.

Aehnliche Apparate haben schon Langenbeck, Oliver, Sigg, Fränkel, Curschmann empfohlen. Die Methode scheint aber noch nicht die ihr nach Verf.'s Erfahrungen gebührende Beachtung gefunden zu haben; desshalb diese erneute Anregung. R.

---

11. **Dr. Moritz Schmidt**, Frankfurt a. M., **Ueber Pharyngitis lateralis.** (Deutsch. Arch. für klin. Med. Bd. 26. Heft 3 u. 4. p. 421.)

Unter Pharyngitis lateralis versteht Verfasser eine Lokalisation der Pharyngitis granulosa auf den Seitenstrang des Pharynx, der Plica salpingo-pharyngea Zaufal's. Diese entzündete Seitenwand entzieht sich häufig dem direkten Anblick, kann aber, wie Schmidt angibt, durch Würgebewegungen zum Vorschein gebracht werden, indem er sodann hinter den Tonsillen zum Vorschein komme; bei grossen Tonsillen könne er nur mit dem Spiegel gesehen werden.

Der Seitenstrang besteht aus den an der betreffenden Stelle sehr zahlreich vorkommenden follikulären Drüsen im entzündeten Zustande auf dem untern Ende der Plica salpingo-pharyngea, im Bereiche des Constrictor pharyngis supremus; hat in der Regel das Kaliber eines



dünneren oder dickeren Bleistiftes und ist dunkel roth, von der Farbe geschwollener Follikel. Er kann sich fortsetzen bis in den hinteren Tubenwulst oder in die Gegend desselben. Dieser eben beschriebene Theil, so fährt Schmidt fort, ist die Hauptursache der Beschwerden bei Pharyngitis granulosa, indem der Constrictor pharyng. supr. bei seinen Contractionen einen mehr weniger scharfen Vorsprung bildet und der auf ihm reitende Seitenstrang an dieser Stelle zwischen ihm, der Hinterfläche des Gaumens und der Hinterwand des Schlundes stark gepresst wird.

Die Therapie bei Pharyngitis lateralis will Schmidt gegen den entzündeten Seitenstrang gerichtet wissen und besteht nach ihm am besten in der Zerstörung der betreffenden entzündeten Partie mittelst Galvanokaustik, wozu er einen T-förmigen Brenner benutzt, den er bis zur Schlussstelle des Schlundes nach oben einführt, dann nach aussen drückt, stark erglühen lässt und die in der Pars oralis hinter dem Arcus gelegene Partie, ebenso, wenn nöthig, die andere Seite ätzt. In der folgenden Nacht soll der Schmerz etwas lebhafter sein. Nach der Aetzung lässt Schmidt Carbollösung gurgeln oder inhaliren. Er empfielt als praktische Formel:

Rp. Acid. carbol. cryst. 5,0
Spirit. vini 50,0
Ol. Menth. gtt. X.

MDS. 1 bis 2 Theelöffel voll auf $^1/_2$ Liter Wasser, 3 bis 4 mal täglich zu vergurgeln.

Nach 8 Tagen bestreicht Schmidt den entzündeten Strang 1 bis 2 mal wöchentlich mit Lapis, bis Heilung eingetreten d. h. der Strang verschwunden ist.

Dasselbe Resultat soll sich mit Aetzmitteln erreichen lassen und zwar empfiehlt Schmidt Lapis und Chromsäure, räth jedoch von Kali causticum entschieden ab. Während der Kur verbietet er jede Anstrengung und Reizung des Halses.

Gegen die in vielen Fällen gleichzeitig bestehende entzündliche Reizung des Cavum nasopharyngeum kämpft Schmidt während und noch lange nach der Kur mit lauen Salzdouchen.

Eschbaum.

---

12. **Prof. Rosenstein** (Leyden). **Ueber Morbus Brightii und primäre Nierenschrumpfung.** (Vortrag auf dem internationalen Congress in Amsterdam.)

Verf. adoptirt die Darstellung Weigerts, nach welcher bei jeder Nierenentzündung die verschiedenen Bestandtheile der Nieren, sowohl Epithelien als interstitielles Gewebe und Gefässe vermindert gefunden werden und nur ein Mehr und Weniger der Betheiligung der einzelnen in den verschiedenen Entzündungsformen angetroffen wird. R. betrachtet es als durch Helfrich experimentell erwiesen, dass bei jeder, auch der akutesten Nephritis der Gefässapparat und die Epithelien von Anfang an erkranken, das Zwischengewebe später; sehr häufig findet man bei akuten Formen Blutungen in die Bowmann'schen Kapseln und die Harnkanälchen. Die klinische Beobachtung kann über das über-



wiegende Erkranktsein des einen oder andern Gewebselementes gar nichts aussagen. Sie soll sich darauf beschränken zu bestimmen, ob schon Atrophie eingetreten. „Wo Eiweiss in grösseren Quantitäten im Harn, die tägliche Harnmenge der Norm nahe, der Harnfarbstoff vermindert, das specif. Gewicht wenig unter der Norm ist und ein meist spärliches, weisses, mehlartiges Sediment sich zeigt, aus Cylindern, Lympfkörperchen und Körnchenzellen bestehend, wo Anasarca und Höhlenhydrops vorhanden, da haben wir es gewöhnlich mit chronischer Nephritis und vergrösserten Nieren zu thun. Wo die Harnmenge vermehrt, das specifische Gewicht sehr niedrig, der Eiweissgehalt nicht gross, das Sediment sehr gering, Oedeme wenig entwickelt, abnorme Spannung des Pulses, Hypertrophie des linken Ventrikels, Retinitis apopl. vorhanden ist, da haben wir Nierenschrumpfung anzunehmen. Ob diese Atrophie eine sekundäre oder primäre ist, dafür gibt es noch keine unterscheidenden Symptome. Einen Fall von Nierenatrophie bis zur Entstehung aus akuter Nephritis zurück zu verfolgen, ist noch nicht gelungen; aber die allmähliche Entstehung der Symptome der Atrophie aus denen der vergrösserten Niere ist vorgekommen.

Schliesslich stellt R. folgende Sätze auf:

1. Eine ausschliesslich parenchymatöse oder interstitielle Nephritis ist weder anatomisch noch klinisch anzunehmen. Jede Nephritis, welche das Substrat des klinischen Bildes von M. Br. bildet, ist diffus in dem Sinne, dass alle Gewebselemente an der Erkrankung Theil nehmen.

2. Man hat klinisch zu unterscheiden eine akute und chronische diff. Nephritis. Die akute geht meist innerhalb 6 Monaten in Genesung über oder verläuft tödtlich. In die chronische geht sie beinah nie, oder höchstens äusserst selten über.

3. Die überwiegende Mehrzahl aller das klinische Bild des M. Br. darstellenden Fälle entwickelt sich von Beginn an chronisch. Man kann bei ihnen klinisch ein Stadium der „vergrösserten“ und „atrophischen“ Niere unterscheiden.

4. Sichere klinische Zeichen eines Unterschiedes sogenannter „sekundärer Atrophie“ und „primärer Nierenschrumpfung“ bestehen nicht. Vorläufig ist an der Einheit des beiden zu Grunde liegenden Processes festzuhalten. R.

---

13. **E. Leyden, Klinische Untersuchungen über Morbus Brightii. I. Ueber Nierenschrumpfung und Nierensklerose.** (Vortrag gehalten in der Berl. medic. Gesellschaft am 28. April 1880. Zeitschrift für klin. Medicin. Bd. II. Heft 1. p. 133.)

In der Einleitung wird hervorgehoben, dass Bartels in seiner Lehre von der Nephritis in 2 wesentlichen Punkten die früheren Anschauungen verlassen hat. Er unterscheidet nämlich scharf zwischen parenchymatöser und interstitieller Entzündung, die in ihrem ganzen Verlaufe und principiell von einander verschieden seien; Senator hat sich diesen angeschlossen. Er führt die Nierenschrumpfung oder -cirrhose auf die interstitielle Nephritis zurück. Die sekundäre Schrumpfung lässt er in grösserer Ausdehnung zu als Bartels.

Leyden schliesst sich der scharfen Trennung zwischen paren-

chymatöser und interstitieller Nephritis nicht an. Zunächst gibt es keinen principiellen Unterschied zwischen einer parenchymatösen und einer interstitiellen Form der Entzündung. „Es handelt sich hierbei mehr um Varietäten und Stadien, um Differenzen der Intensität, als um fundamentelle Verschiedenheiten. Die leichten Formen verlaufen im Ganzen oberflächlich (parenchymatös, desquamativ), den schweren folgen tiefere Veränderungen, interstitielle Wucherung und später narbige Bindegewebsentwicklung. Allein es geht doch immer das eine aus dem andern hervor.“ Auch lassen sich keine sicheren Differenzen der Symptome aufstellen, für die Erkrankung die nur das Parenchym oder auch die Interstitien betrifft; so gibt die Scharlachnephritis den Typus der desquamativen Nephritis, anatomisch das Bild der parenchymatösen, zuweilen der interstitiellen, zuweilen der capsulären Entzündung, zuweilen aller drei Formen gemischt. Es möge deshalb die Unterscheidung in parenchymatöse und interstitielle Nephritis fallen, und der Namen der diffusen Nephritis zu Recht bestehen, der kein Urtheil über die anatomische Integrität eines Gewebstheiles involvirt.

Die Nierenschrumpfung fasst Leyden nicht als besonderen Prozess auf. Sie stellt klinisch-ärztlich ein wohl charakterisirtes Krankheitsbild dar. (Leichter eiweisshaltiger, blasser Harn reichlichen Quantums mit spärlichen morphotischen Elementen, mit erhöhter Spannung im Aortensystem nebst Hypertrophie des linken Ventrikels); aber dieses einheitliche, der Diagnose nicht schwer zugängliche Krankheitsbild kann der Ausgang ganz verschiedener anatomischer Prozesse sein.

Die erste Form der Nierenschrumpfung ist diejenige, „welche Bartels als sekundäre bezeichnet und welche anatomisch in der Regel die weisse granulirte Niere darstellt“. Endstadium der diffusen (parenchymatösen) Nephritis; die grossen entzündeten Nieren bleiben zwar oft bis zum Ende gross, aber unzweifelhaft kann die acute diffuse Nephritis zur Schrumpfung führen. (Folgt eine Beobachtung, die betrifft: eine acute Nephritis in einem Jahre zum Tode führend; in der letzten Krankheitsperiode ausgeprägte Symptome der Nierenschrumpfung; Autopsie: exquisite weisse Granularatrophie mit Herzhypertrophie. Ausgedehnte interstitielle Veränderungen.)

„Die zweite Art der Nierenschrumpfung ist diejenige, welche mit Amyloidentartung verbunden ist. Die beiden Prozesse verhalten sich so zusammen, dass entweder zuerst Amyloidentartung bestand, die zur Schrumpfung führt, „oder es bestand diffuse Nephritis mit Ausgang in Schrumpfung, wobei sich erst sekundär amyloide Entartung der Gefässe im Zusammenhang mit der Cachexie ausbildete“. Bei dieser Combination sei aus den actuellen Symptomen nur die Schrumpfniere zu diagnosticiren, das Amyloid nur aus der Anamnese (Syphilis) zu vermuthen.

Eine dafür beigebrachte Krankengeschichte besagt in der Ueberschrift: „Im 8. Jahre Scarlatina mit Hydrops universalis, seitdem stets blasses Aussehen, allgemeine Mattigkeit, häufig Kopfschmerzen, häufiges Erbrechen. Wahrscheinliche Dauer der Krankheit also 20 Jahre. Bei der Aufnahme mässiges Anasarca, Hydrothorax duplex, Retinitis albuminurica. Urinsekretion nicht vermindert, specifisches Gewicht subnormal; Harn hellgelb, ohne Sediment, mässiger Eiweissgehalt, äusserst



sparsame morphotische Bestandtheile, Wachscylinder, kein freies Fett. Tod durch Uraemie. Exquisite Granularatrophie der Nieren. Amyloide Degeneration der Gefässe und Glomeruli. Hypertrophie des linken Herzventrikels."

Als dritte Art kommt eine Schrumpfung vor bei grosser weisser Niere, die gar keine oder nur Spuren von granulärer Beschaffenheit zeigt; so dass also nach plötzlicher Entwicklung schwerer Symptome, ohne Hydrops, mit Hypertrophie und Dilatation des linken Ventrikels, grosse weisse Niere gefunden wird. (Traube's circumcapsuläre Nephritis.) Die histologische Aehnlichkeit mit der Schrumpfung besteht in interstitieller Wucherung, Schrumpfung und Verödung der Glomeruli, Verdickung der Gefässe, die Canälchen verfettet, zum Theil verödet. „Dabei erscheint es in der That von mehr zufälliger Bedeutung, wenn die Niere noch gross ist."

„Die vierte Art endlich der Nierenschrumpfung entspricht der genuinen Schrumpfung von Bartels, der Gichtniere der Engländer, der rothen Granularatrophie", ein Process, welcher von der diffusen Nephritis abzusondern ist; aber die Eigenthümlichkeit dieser Form besteht nicht darin, dass sie die interstitielle Nephritis darstellt (wie Bartels und Senator), sondern der Ausgangspunkt liegt in einer Erkrankung der arteriellen Gefässe (Gull und Sutton), die mit der allgemeinen Arteriensklerose in nahem Zusammenhange steht. Aus eigenen Untersuchungen schliesst Leyden, „dass die von Gull und Sutton beschriebene gelatinös-fibröse Entartung der kleinen Arterien und Capillaren, sowie die Endarteritis der Nierengefässe unter zwei Bedingungen vorkommt, nämlich a) sekundär, d. h. im Gefolge einer chronischen diffusen Nephritis und b) primär, d. h. als erste Erkrankung der Niere, als Ursache der weiter in ihr stattfindenden und schliesslich zur Schrumpfung führenden interstitiellen und parenchymatösen Veränderung."

Für die sekundäre Entwicklung sprechen 3 Krankengeschichten, bei welchen der Beginn der Erkrankung einmal durch Scharlach, einmal als infektiöse Nephritis, einmal durch Pyelitis erzeugt war, und wo bei der Autopsie die hochgradige Erkrankung des Parenchyms und der Interstitien und der Malpighi'schen Knäuel kontrastirten gegen die geringfügige Gefässerkrankung.

Die primäre Form imponirt durch ausgedehnte Gefässdegeneration. Es stellt diese eine chronische Nierenerkrankung dar, welche von einer sklerotischen Erkrankung der Arterien ausgeht, welche pathologische Veränderungen des Nierengewebes, insbesondere interstitielle Wucherungen nach sich zieht und schliesslich zur Schrumpfung, zur rothen Granularatrophie führt. Besser als der Ausdruck der genuinen Granularatrophie passt für sie die Bezeichnung der Arteriosklerose oder Sklerose der Nieren.

Anatomisch lässt diese Gefässerkrankung zwei Arten unterscheiden, die eine ist die von Gull und Sutton beschriebene hyaline Entartung, die zweite die Endarteritis von Thoma und Ewald; beide kommen fast ohne Ausnahme gleichzeitig vor und können als Arteriensklerose zusammengefasst werden. Die Endarteritis besteht wesentlich in Verdickung des Endothels.

Der Prozess ist zwar dem äusseren Ansehen nach verschieden von dem gewöhnlichen Arterienatherom, hängt aber doch mit demselben zusammen. Besondere Bedeutung kommt der analogen Veränderung in den Verästelungen der Kranzarterien des Herzens zu, weil solche Erkrankung, wozu auch häufig fibröse Entartung der Muskulatur gehört, möglicherweise mit den asthmatischen Symptomen im Zusammenhang stehen.

Der Ansicht Senators, wonach die einfache oder concentrische Hypertrophie des linken Ventrikels vorwiegend mit der genuinen Granularatrophie, die Dilatation und excentrische Hypertrophie mit der sekundären Schrumpfung zusammenhängt, erkennt Leyden nicht an, sondern er betrachtet die einfache Hypertrophie als direkten Folgezustand der Nierenkrankheit, während die Dilatation erst sekundär in Folge schwächender Einflüsse auf den Herzmuskel eintritt.

Die Nierensklerose stellt somit nur die Theilerscheinung der Arteriosklerose dar, die neben den Nieren auch Gehirn und Herz, oder sogar solche vorwiegend befallen kann, so dass es vorkommen kann, dass solche Patienten mehr den Eindruck eines Herzkranken als den einen Nierenkranken machen.

In Bezug auf die Erklärung der Albuminurie ist L. der Ansicht, dass sie abhänge von der Degeneration der Epithelien; weil normale Epithelien nur den Austritt von Wasser, nicht von Serum zulassen, bei Verletzung der Epidermis beispielsweise auch Durchtritt seröser Flüssigkeit gestatte, und bei Schrumpfung der Eiweissgehalt nicht selten ein sehr geringer ist, und dies zusammentrifft mit geringer Veränderung des Epithels, während umgekehrt fettige Degeneration des Nierenparenchyms fast ausnahmslos mit sehr reichlicher Albuminurie einhergeht. Gegen die Annahme, dass Herzhypertrophie Ursache der Albuminurie sein könne, spricht, dass Fälle von bedeutender Hypertrophie ohne Albuminurie vorkommen, keine experimentelle Bestätigung des Zusammenhangs besteht, und manchmal durch Digitalis mit Hebung des Blutdrucks die Albuminurie verschwindet.

Dass die Herzhypertrophie im causalen Zusammenhang mit der Nierenerkrankung steht, ist zweifellos. Warum sie sich aber ausbildet, ist bis jetzt nicht genügend erklärt. L. hält fest an der Vorstellung der erhöhten Spannung im Aortensystem auf Grund des Pulsbefundes; dass die Nierenkrankheit solche erhöhte Spannung und dadurch Hypertrophie bedingt, ist zu erklären durch folgende Hypothese:

Die Niere gehört durch ihre Thätigkeit und deren Wechsel zu den wesentlichen Regulatoren des Blutdrucks, ebenso wie der chemischen Beschaffenheit und der Menge des Blutes. Die Erschwerung der Circulation in den Nieren ist desshalb von massgebendem Einfluss auf Erhöhung des Aortendrucks. Es braucht also keine ausgedehnte Erkrankung des Nierengewebes, um durch Sklerosirung der Arterien schon erhöhte Spannung zu erzeugen.

Deshalb kommen auch Herzhypertrophien zur Beobachtung, ohne Schrumpfung der Niere, ohne ausgebreitete Arteriosklerose, bei Verdickungen der grösseren Nierenarterien durch Wucherung der Intima.



Hypertrophie und Dilatation verhalten sich so zusammen, dass als nächste Folge des Circulationshindernisses Hypertrophie auftritt, die unter verschiedenen schwächenden Einflüssen zur Dilatation führt.

Finkler.

---

**14. E. Harnack und H. Meyer, Untersuchungen über die Wirkungen der Jaborandi-Alkaloide nebst Bemerkungen über die Gruppe des Nicotins.** (Arch. für experim. Pathol. u. Pharmakol. Bd. XII. S. 366—400.)

Den Widerspruch, welcher hinsichtlich der Wirkung des Pilocarpins aus den Untersuchungen der verschiedenen Forscher resultirte und der sich dadurch manifestirte, dass die Einen das Pilocarpin als im Wesentlichen dem Muscarin, die Andern als dem Atropin analog wirkend ansahen, haben Harnack und Meyer dadurch geklärt, dass es denselben gelang, neben dem Pilocarpin noch ein zweites Alkaloid nachzuweisen, das Jaborin. Letzteres bildet sich sehr leicht aus dem Pilocarpin. Jaborandiextracte, die sich als frei von Jaborin erwiesen, gaben nach dem Eindampfen in saurer Lösung deutlich Jaborinreaction.

Das Jaborin unterscheidet sich chemisch vom Pilocarpin durch leichtere Löslichkeit in Aether, schwerere Löslichkeit in Wasser, so wie noch dadurch, dass es weder selbst noch als Salz zur Krystallisation gebracht werden konnte. — Die Trennung beider Basen, des Pilocarpins und des Jaborins ist schwierig; selbst angeblich ganz reine Pilocarpinsalze können erhebliche Mengen von Jaborin enthalten und um sicher zu sein, dass das jedesmal vorliegende Präparat frei sei von Jaborin, bedarf es der Prüfung am Froschherzen.

Aus den Versuchen, welche H. und M. bezüglich der Jaborinwirkung anstellten, resultirte, dass dieselbe mit der Atropinwirkung in jeder Hinsicht übereinstimmt. „Quantitativ wirkt das Jaborin, soweit sich dies feststellen liess, wohl etwas schwächer, ungefähr so stark wie das Hyoscyamin.

„Nach allen Richtungen hin, in Bezug auf das Herz am Frosch und Säugethier, die Pupille, die Speicheldrüsen, den Darm, die Aufhebung der Muscarinvergiftung, haben wir die Wirkungen des Jaborins geprüft und überall eine völlige Uebereinstimmung mit den Atropinwirkungen nachweisen können. Auch die durch grössere Dosen eintretenden eigenthümlichen Erregungserscheinungen im Gebiete des Centralnervensystems fehlen beim Jaborin nicht. Es erklärt sich somit leicht, warum Pilocarpinpräparate, die nur in geringem Grade mit Jaborin verunreinigt sind, schon in ziemlich kleinen Dosen atropinähnlich wirken. Viele der käuflichen Pilocarpinsalze, welche wir prüften, hoben schon in Mengen von 6 mgr prompt den Muskarinstillstand des Froschherzens auf.“

Dem entgegengesetzt ergab sich dann ferner, dass völlig reines Pilocarpin durchaus keine dem Atropin zu vergleichende Wirkung besitzt, vielmehr dem Nicotin analog wirkt. H. und M. haben ihre Versuche mit reinem Pilocarpin in Rücksicht auf das Froschherz sowie den Circulationsapparat der Säugethiere, das Auge, den Darm und Uterus angestellt, hier sowohl wie auch in Bezug auf die Beeinflussung,



welche die Sekretionen und das centrale Nervensystem durch reines Pilocarpin erleiden, ergab sich deutliche Analogie zwischen Pilocarpin- und Nicotinwirkung. Die auffallende Thatsache, dass zwei in ihrer Wirkung wesentlich übereinstimmende Substanzen gleichwohl toxisch so ausgeprägt differiren, dass das Nicotin wie bekannt schon in kleinen Dosen tödtlich wirkt, das Pilocarpin dahingegen in relativ grosser Gabe ohne Lebensgefahr ertragen wird, findet ihren Grund darin, „dass beim Nicotin die Wirkungen, welche das Leben gefährden, ganz in den Vordergrund treten, während beim Pilocarpin die gleichen Wirkungen erst spät und nach sehr grossen Dosen zur Erscheinung kommen, diejenigen Wirkungen aber, welche sich arzneilich verwerthen lassen, ganz besonders prävaliren.“

Am Schlusse ihrer Arbeit geben die Verf. eine Uebersicht und Zusammenstellung der zur Nicotingruppe zu zählenden Alkaloide, sie rechnen dahin: Nicotin, Pilocarpin, Spartein, Oxaläthylin, Lobelin, Coniin und die Pyridinbasen. Schulz.

---

**Die Herren Autoren werden gebeten, Separatabzüge an die Verlagsbuchhandlung einsenden zu wollen. Die Redaction.**

---

## Neue Bücher.

Annales de l'Université de Bruxelles; faculté de médecine. Tome I. 1880. Paris, Delahaye & Lecrosnier. 12 fr.

L'année medicale 1879. Paris, Delahaye & Lecrosnier. 3 fr. 50 ctm.

Blanchard, De l'anesthésie par le protoxyde d'azote. Paris, Delahaye & Lecrosnier. 3 fr.

Bruneau, Du passage de quelques médicaments dans les urines. Paris, Delahaye & Lecrosnier. 2 fr. 50 ctm.

Cadier, Manuel de laryngoscopie et de laryngologie. Paris, Delahaye & Lecrosnier. 4 fr.

Charcot, Leçons sur les localisations dans les maladies du cerveau et de la moelle épinière 2e fasc. Paris, Delahaye & Lecrosnier. 6 fr.

Comptes rendus des séances et mémoires de la société de biologie. 6me. Série. Tome V. année 1878. Paris, Delahaye & Lecrosnier. 7 fr.

Demange, Mélanges de clinique médicale et d'anatomie pathologique. Paris, Delahaye & Lecrosnier. 2 fr.

Descosse, Des troubles nerveux locaux consécutifs aux arthrites. Paris, Delahaye & Lecrosnier. 7 fr. 50 ctm.

Dublanchy, Maladies du foie traitées avec un immense succes à la station thermale de Vichy. Paris, Delahaye & Lecrosnier. 2 fr.

Goupil, De l'opération dans la hernie ombilicale étranglée. Paris, Delahaye & Lecrosnier. 2 fr. 50 ctm.

Mayor, Contribution à l'étude du rein chez les femmes en couches. Paris, Delahaye & Lecrosnier. 4 fr.

Montaz, Recherches sur la trace indélébile du chancre syphilitique ses caractères. Paris, Delahaye & Lecrosnier. 2 fr. 50 ctm.

Raimbert, Les nouvelles acquisitions sur les maladies charbonneuses. Paris, Delahaye & Lecrosnier. 2 fr. 50 ctm.

Weiss, De la tolérance des tissus pour les corps étrangers. Paris, Delahaye & Lecrosnier. 4 fr.

---

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.



Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen nebst Titel und Register.

# Centralblatt für KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigirt von

**Dr. H. Rühle,** Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

**Dr. D. Finkler,** Privatdocent und Assistent an der medicin. Klinik in Bonn.

**1880. 20. September. Nro. 28.**

**Inhalt.** Referate: 1. **Coesfeld**, Zur rationellen Behandlung der Diphtherie. — 2. **Fideig**, Zur Behandlung der Ruhr. — 3. **Quinquaud**, Ueber die Veränderungen des Blutes in den Krankheiten. — 4. **Folet**, Fracture du Crane par un tuyau de pipe. — 5. **Charkot**, Nouveau fact à l'appui de la localisation de Broca. — 6. **Paul**, Sur le traitement du tremblement et des autres troubles de la coordination du mouvement par les bains galvaniques. — 7. **Grasset**, Ataxie locomotrice et lésions cardiaques. — 8. **Salomon**, Ueber Ermüdungsepilepsie. — 9. **Meschede**, Ein Fall von Epilepsie mit Zwangsbewegungen und Zwangsvorstellungen und Sklerose einer Kleinhirn-Hemisphäre. — 10. **Marchand**, Ueber eigenthümliche Erkrankung des Sympathicus, der Nebennieren und der peripherischen Nerven (ohne Broncehaut). — 11. **Rumpf**, Ueber Reflexe. — 12. **Mendelssohn**, Recherches cliniques sur la periode d'excitation latente des muscles dans différentes maladies nerveuses. — 13. **Senator**, Ueber Sehnenreflexe und ihre Beziehungen zum Muskeltonus. — 14. **Lancereaux**, Ueber hereditäre Phthise. — 15. **Riegel**, Ueber das Verhalten der Herzcontractionen und der Gefässspannung im Fieber. — 16. **Sassezky**, Ueber selbständige Hypertrophie und Dilatation des Herzens. — 17. **Besnier**, Obstruction calculeuse incomplete des voies biliaires avec accès de fièvre intermittente et rejet de nombreux calculs. — 18. **Leyden**, Klinische Untersuchungen über Morbus Brightii. II. Einige Beobachtungen über die Nierenaffektionen, welche mit der Schwangerschaft im Zusammenhange stehen. — 19. **Rindfleisch**, Eine Vergrösserung des Caput gallinaginis als Ursache congenitaler Ischurie und Hydronephrose. — 20. **Hofmeister**, Ueber das Vorkommen von Pepton im Harn und ein vereinfachtes Verfahren zum Nachweis desselben. — 21. **Solaweitschyk**, Ueber die Wirkungen der Antimonverbindungen auf den thierischen Organismus. — 22. **Liebreich**, Ueber Ozon. — 23. **Potain**, Ueber Milchdiät bei Herzkrankheiten.

1. **Dr. Coesfeld**, Barmen, **Zur rationellen Behandlung der Diphtherie.** (Deutsche med. Wochenschr. 1880. Nr. 35.)

Verf. schliesst sich Oertel an, der die Erzielung der Eiterung als das beste Mittel zur Entfernung der diphtheritischen Micrococcen hält. Er will solche aber mit Gurgeln heissen Wassers (alle halbe Stunden, mit eintretender Besserung seltener) sicherer, als mit Dampfinhalationen bewirken. Bei kleinen Kindern, die nicht gurgeln können, lässt C. alle halbe Stunden eine warme Flüssigkeit trinken, ganz gleich welcher Art. Sind die diphtheritischen Massen abgestossen, so werden leichte Adstringentien zugesetzt zur Beförderung der Vernarbung. Die Abstossung geschieht meist innerhalb 5 Tagen. Durch die Oertel'schen Inhalationen werden die inficirenden Massen aspirirt und Larynx



resp. Trachealdiphtheritis erst gemacht. Die Gurgelung ist daher das allein richtige. Am meisten leistet die Art des Gurgelns, die besonders von Ohrenärzten schon seit längerer Zeit empfohlen wird. Man nimmt einen Schluck Flüssigkeit und macht bei rückwärts gebeugtem Kopfe mehrmals nach einander Schluckbewegungen, ohne die Flüssigkeit herabzuschlucken. „Hierbei wird das Cavum pharyngo-nasale abgeschlossen, der Kehlkopfschluss durch Niederlegen des Kehldeckels über den Kehlkopfeingang bewirkt, und schliesslich die tuba Eust. gegen den Schlund hin verlängert und zu gleicher Zeit in ihrem knorpeligen Theile verengert.“ R.

---

2. **Dr. E. Fideig,** Officier van gezondheid in Samarang, **Zur Behandlung der Ruhr.** (Berlin. klin. Wochenschr. 1880. Nr. 35.)

Dr. F. rühmt nach Erfahrung in einigen 20 Fällen die ausgezeichnete Wirkung grosser Ipecacuanhadosen bei Dysenterie. Nach Voranschickung von 40 (bei Opiophagen dort bis 80) Tropfen A. opii crocat. wird eine halbe Stunde darnach 2—3,75 gr pulv. radic. ipecac. in etwas warmem Wasser auf einmal gegeben, gleichzeitig die Magengegend mit spir. sinap. tüchtig gerieben, und dieselbe mit Guttaperchapapier (oder Papier) bedeckt. Entsteht trotzdem Brechneigung, so werden Eispillen gegeben; dies geschah nur in 2 Fällen. Meist tritt schon nach der ersten Ipecac.-Dosis erhebliche Besserung ein. Bei fehlender Besserung wird die Methode am folgenden Tage wiederholt. Einigemal musste F. diese Wiederholung 4 Tage lang anwenden. Nach der Besserung, wobei das Blut aus den Stühlen schwindet, das Fieber sinkt, die Esslust sich einstellt, wird noch bei strenger Diät Infus. rad. Ipec. 1 : 120 mit oder ohne Opium einige Wochen lang fortgesetzt.

Auch bei andern, dort einheimischen, sehr schwächenden, meist tödtlichen Diarrhöen nach febr. remittens wirkte diese Methode günstig, nur nicht so anhaltend und musste im Verlauf der Krankheit gewöhnlich mehrmals wiederholt werden. R.

---

3. **Quinquaud, Ueber die Veränderungen des Blutes in den Krankheiten.** (Aus dem Referat der Gazette des hôpitaux, Nr. 106, 1880, über die in der medicinischen Section des Congresses der Association française pour l'avancement des sciences zu Reims gehaltenen Vorträge.)

Auf Grund seiner Versuche glaubt Q. folgende Sätze aufstellen zu können:

1) Im physiologischen Zustande ist in den Blutgefässen eine kleine Quantität Hämoglobin unthätig („inaktiv“).

2) Während des Fiebers absorbirt dieser unthätige Theil den Sauerstoff und wird in dem Cirkulationsstrom thätig.

3) In bestimmten Krankheiten wird das Hämoglobin unwirksam („inerte“). Dies ist der Fall im letzten Stadium der confluirenden Variola, des Croup, der Cholera, der Peritonitis, des akuten infektiösen Puerperismus; in diesen Fällen erliegen die Kranken in Cyanose oder



Asphyxie; das Hämoglobin absorbirt viel weniger, ein grosser Theil wird unthätig, und dann unwirksam.

4) Das Hämoglobin kann so hochgradigen Veränderungen unterliegen, dass es das Blutkörperchen verlässt, sich auflöst und durch die Blutgefässe transsudirt; so in den Krankheiten mit beträchtlichen Hämorrhagien, hämorrhagische Variola, Skorbut u. s. w. Die hauptsächlichste Ursache dieser Lösung des wirksamen Bestandtheiles der Blutkörperchen scheint nach den Analysen besonders in den Veränderungen der mineralischen Beschaffenheit der Blutkörperchen und des Blutplasmas zu bestehen; die Eiweissbestandtheile derselben sind ebenfalls verändert. Bardenhewer.

---

4. **Folet, Fracture du Crane par un tuyau de pipe.** Schädelfractur durch ein Pfeifenrohr. (Ref. in Gaz. méd. de Paris. Nr. 34. 1880.)

Ein 25jähriger Mann bekam einen Schlag auf den Kopf mit einem Pfeifenrohr aus erhärteter Erde, verlor das Bewusstsein nicht und konnte den nächsten Tag seinen Arbeiten wieder nachgehen. Nach drei Tagen traten Convulsionen, Fieber, Delirien und Contractur der rechten oberen Extremität auf. Tod in der Nacht. Bei der Autopsie fand man neben einer Wunde der behaarten Haut, in der linken frontalen Gegend eine beinahe circulaire Perforation des Schädels von 8 mm im Durchschnitt. Der Theil der inneren Tafel an dieser Stelle ist verschwunden, die Dura mater zeigt eine ähnliche Oeffnung. Das Stück der inneren Tafel befindet sich in der aufsteigenden Stirn- (vorderen Central-)Windung, auf dem Boden einer mit einigen Blut-Coagula gefüllten Vertiefung. Bei einem horizontalen Durchschnitt auf der Höhe dieser Vertiefung sieht man, dass diese sich vertical in der Hemisphäre fortsetzt, durch einen engen Canal von 4 cm. Neben dem Aussergewöhnlichen des verletzenden Instrumentes fällt die Toleranz des Gehirns während drei Tagen und die Beziehung zwischen dem Sitz der Verwundung in der aufsteigenden Stirnwindung und die Contractur des rechten Armes auf. Roux.

---

5. **M. Charkot, Nouveau fact à l'appui de la localisation de Broca.** Neue Thatsache zur Stütze der Broca'schen Lokalisation. (Le progr. médical. 1880. Nr. 37.)

Unter vielen interessanten Thatsachen, welche Beobachtungen an den mit hysteria major behafteten Kranken der Salpêtrière zu Tage gefördert haben, hebt Ch. die folgende hervor.

Hat man eine Kranke hypnotisirt, so zeichnet sich der Zustand, in welchem dieselbe sich befindet (somnambulismus hystérique, lethargie hystérique) dadurch aus, dass 1. die Kranke nicht kataleptisch ist; zugleich besteht ein hoher Grad von Uebererregbarkeit der Nerven und Muskeln, so dass eine leichte Reizung eines Muskels denselben in Contraktur versetzt. (Vergl. E. Brissaud und Ch. Richet, Ref. in Nr. 17. S. 269 d. Bl.) 2. besitzt die Kranke die Fähigkeit der Sprache im weitesten Sinne des Wortes; sie spricht, sie singt, sie schreibt, sie gestikulirt u. s. w., wenn sie dazu aufgefordert wird. Dieser Zustand



ist wie mit Zauberschlag verändert, sobald man der Kranken die Augen öffnet. Sie befindet sich jetzt im état cataleptique, d. h. 1) die Uebererregbarkeit der Muskeln ist erloschen, aber die Glieder verharren in der Stellung, die ihnen gegeben wird; 2) die Kranke hat die Fähigkeit der Sprache verloren.

Nun ist es möglich, diese beiden Zustände zu gleicher Zeit bei Einer Kranken in die Erscheinung zu bringen. Man kann, nachdem man eine Kranke eingeschläfert, durch Oeffnen Eines Auges die entsprechende, d. i. also die entgegengesetzte, Hirnhälfte in den Zustand der Katalepsie versetzen, während die andere in dem des Somnambulismus verharrt. War nun das geöffnete Auge das linke, so ist die Fähigkeit der Sprache vollständig erhalten. Oeffnet man dagegen das rechte, welches der linken Hirnhälfte entspricht, so ist jede Möglichkeit der Mittheilung an die Umgebung erloschen. Der Schluss liegt auf der Hand. Der Versuch kann vielfach modificirt werden. Lässt man z. B. eine Hypnotisirte zählen und öffnet dann das linke Auge, so zählt sie ruhig weiter; öffnet man das rechte, so hört sie sogleich auf; senkt man das rechte Augenlid wieder, so zählt sie weiter. Diese und ähnliche Versuche sind unzählige Male bei vielen Kranken ausgeführt worden. Ch. macht noch darauf aufmerksam, dass Heidenhain's „Telephon-Versuch" nur dann gelingt, wenn der Beobachter seine Hände auf die linke Seite des Kopfes des Hypnotisirten legt.

E. Bardenhewer.

---

6. **Constantin Paul, Sur le traitement du tremblement et des autres troubles de la coordination du mouvement par les bains galvaniques.** Ueber die Behandlung des Zitterns und anderer Coordinationsstörungen der Bewegung durch galvanische Bäder. (Gaz. méd. de Paris. Nr. 34. 1880.)

Die Bäder werden genommen in einem Bad, dessen Wasser durch den Strom einer Ruhmkorf'schen Batterie durchflossen wird. Folgen einige Angaben von Heilungen und Besserungen bei verschiedenen Krankheiten mit Tremor (Tremor mercurialis, alcoholicus bei multipler inselförmiger Sklerose, Paralysis agitans, Chorea, paralytischem Tremor, Tremor bei spinaler Irritation, Tabes dorsalis). Diese Bäder werden leicht vertragen während $^1/_2$ und 1 Stunde; während ihrer Dauer sind die Patienten vollkommen ruhig, eine sehr leicht vorbeigehende Exacerbation des Tremors folgt.

Roux.

---

7. **Dr. Grasset, Ataxie locomotrice et lésions cardiaques.** Tabes dorsualis und Herzaffektionen. (Ref. in Gaz. méd. de Paris. Nr. 34. 1880.)

Bei zwei Patienten mit Tabes dorsualis beobachtete G. sehr manifeste Störungen am Herzen, sich verrathend durch einen leichten Grad von Hypertrophie und Geräusche. Bei beiden Patienten verursachte die Tabes langdauernde schmerzhafte Anfälle. Zu den 7 von Berger und v. Rosenbach mitgetheilten Fällen von Ataxie, begleitet



von Insufficienz der Aorta, fügt G. 15 Fälle von Tabes mit concomitirenden Laesionen am Herzen. G. verwirft einen direkten Einfluss des Rückenmarks auf das Herz, und sieht in den sekundären Veränderungen des Centralorgans der Circulation nur eine reflektorische Folge der starken Schmerzen. Er stützt sich auf die Arbeiten von Frank und Teissier, nach welchen Reizungen von sensiblen Nerven einen markirten Einfluss haben auf Circulation und Respiration. Mit Hinsicht auf die kleine Zahl der beobachteten Fälle und die Häufigkeit der Herzaffectionen ist G. reservirt über die Möglichkeit einer einfachen Coincidenz. Roux.

---

8. **Dr. B. Salomon,** Coblenz, **Ueber Ermüdungsepilepsie.** (Deutsche medic. Wochenschr. 1880. Nr. 34. 35.)

Unter dieser Bezeichnung theilt Dr. S. eine Reihe Fälle seiner Erfahrung mit, in denen sonst durchaus gesunde, nicht heriditär belastete Individuen theils nach allgemeinen körperlichen Anstrengungen, theils nach langer Entbehrung des Schlafes, in einem Falle auch nach geistiger Ueberanstrengung mit Entziehung des Schlafes plötzlich von heftigen Anfällen heimgesucht wurden, die mit Verlust des Bewusstseins und allgemeinen Convulsionen einhergingen und nach denen theils Coma, theils ein Zustand von Delirium folgte, über welches Alles die Patienten aber nachher keinerlei Erinnerung hatten, und die sich auch späterhin bei Keinem derselben wiederholten. Ausserdem berichtet S. von drei Fällen, in denen langer Gebrauch einzelner Muskelgruppen ebenfalls allgemeine epileptiforme Anfälle erzeugt zu haben schien, bei einem Cigarrenarbeiter, der mit besonderer Eile fortwährend „Greifbewegungen“ gemacht, bei einem Mädchen, die sehr lange Garn zu einem Knäul aufgewickelt hatte und bei einem jungen Manne, der längere Zeit ein grosses Rad drehen musste. Im letztern Falle bestanden nach Aufhören des eigentlichen Anfalles noch mehrere Tage klonische Contraktionen der musc. recti abdom.

Von den specifischen Mitteln erwartet S. weniger, als von einer eingehenden Prophylaxis, gegründet auf die Auffindung der eigentlichen Causalmomente. R.

---

9. **Meschede, Ein Fall von Epilepsie mit Zwangsbewegungen und Zwangsvorstellungen und Sklerose einer Kleinhirn-Hemisphäre.** (Virch. Arch. Bd. 81, S. 569.)

Ein Epileptiker bekam 3—5 Mal im Monat seine Anfälle (in 2 Jahren 100 Anfälle), an einem Tage nie mehr als zwei. Vor oder nach, zuweilen während des Anfalles wurden beobachtet 1) ein stundenlanges Hin- und Herlaufen auf dem Corridor, 2) Manègebewegungen von links nach rechts, 3) Rotationen um die Längsaxe in gleicher Richtung. Gang schwankend, Sprache behindert, absatzweises Hervorstossen der Worte, Bewegungen ungelenk. Neigung zu acuten Lungenhyperämien, in deren einer er starb. Allgemeine proportionale Abschwächung der intellectuellen Fähigkeiten ohne Verworrenheit. Intensive Schimpf- und Schreiparoxysmen. Zuweilen trat ein besonderer



Wahn zu Tage, den Kranken überkam eine eigenthümliche Zwangsvorstellung, er sprach dann von besonderen Beziehungen des Welt-Universums zu seinem Körper, in welch letzteren er eine Weltabtheilung oder die Welt schlechtweg hineinbekommen werde. Die Autopsie ergab, Sclerose der rechten Kleinhirn-Hemisphäre, Verwachsung des rechten Hinterhorns, aussergewöhnliche Festigkeit der Oliven.

Jene eigenthümlichen Raum- und Bewegungs-Vorstellungen drängen sich dem Kranken durch „innere Zwangsmotive" auf, denen er sich nicht entziehen konnte, ebenso wie die Drehungen seines Körpers durchaus zwingender Natur waren. Die geistige und körperliche Affection kommen ferner in dem Umstand des Auftretens in stundenlangen Perioden überein. Beide betreffen ferner die Stellung und das Verhalten des Ichs im Raume. Diese Analogien drängen die Frage auf, ob nicht beide Kategorien von Störungen in letzter Linie auf dem gleichen organischen Process beruhen können, wie das ja für das körperliche Verhalten wohl sicher ist (dass das Kleinhirn für die Regelung der Locomotion wichtig ist, darf als sehr wahrscheinlich gelten). Verf. meint, dass ebenso wie in Traum- und Wahnvorstellungen sensorielle, periphere Eindrücke bestimmend auf Form und Inhalt derselben wirken können, so auch central entstehende (in unserem Falle also durch den sclerotischen Process bedingte) Erregungen einen bestimmenden Einfluss auf Gestaltung und Ablauf der Wahnvorstellungen gewinnen können. Ribbert.

---

10. **Marchand, Ueber eigenthümliche Erkrankung des Sympathicus, der Nebennieren und der peripherischen Nerven (ohne Broncehaut).** (Virch. Arch. Bd. 81. Heft 3. S. 477.)

Ein 37 Jahre alter Mann litt seit einigen Jahren an Nachtschweissen und Bluthusten. Allmählich trat bei ihm Lähmung der rechten Körperhälfte auf. Die Aufnahme des Status praesens ergab: Lähmung der respiratorischen Portion des N. facialis. Anästhesiė im Bereiche des N. auricularis magnus, obere Extremität frei von Lähmungen, dagegen Parese der Dorsalflexion des Fusses, Herabsetzung der faradischen Erregbarkeit in mehreren Unterschenkelmuskeln. Sensibilität der oberen und unteren rechten Extremität normal. Hierzu traten später heftige Schmerzen der rechten Schulter und zunehmende Lähmung des rechten Armes. Neuauftretende Hämoptoe, Anästhesie im Gebiete der Nn. supraclaviculares. Später auch Schmerzen in der linken Schulter und der linken Unterextremität. Eine Dehnung des N. ischiadicus sinister beschränkte die Schmerzhaftigkeit nur vorübergehend auf den linken Fuss. Auch im abmagernden rechten Arm heftige Schmerzen. Fast 6 Monate nach Aufnahme des Status praesens erfolgte der Tod.

Die Section ergab eine taubeneigrosse Caverne der linken Lunge. Beide Nebennieren, besonders die linke erheblich vergrössert. Gestalt im Ganzen erhalten. Farbe der Schnittfläche weisslichgrau. Schichten nicht mehr erkennbar. Nirgendwo Spuren von Verkäsung. Ganglion cervicale dextrum erheblich vergrössert. Sämmtliche Ganglien und Verbindungsstränge des Plexus solaris erheblich vergrössert, ihre Form im Wesentlichen erhalten, ihre Farbe weisslichgrau. Erhebliche Ver-



änderungen des linken Ischiadicus und rechten Plexus brachialis. Ersterer in seinen oberen Theilen erheblich verdickt. Die Verdickung greift auf die Sacralnerven über, dieselben erscheinen doppelt so dick und stark als auf der anderen Seite. Die Stränge des Plexus brachialis sind doppelt so dick als links, die Verdickung setzt sich zum Theil in den Wirbelkanal fort.

Die Nebennieren setzen sich nun mikroskopisch zusammen aus kleinen, lymphoiden Zellen ähnlichen, Elementen und einem engen derben Gerüst von Bindegewebe. Die peripheren und centralen Parthien der Nebennieren verhalten sich gleich. Kleine Reste von Rindensubstanz werden in der Peripherie vereinzelt gefunden. Nervenfasern des Sympathicus und Ganglienzellen des Plexus durch lymphoide Zellen auseinandergedrängt. Aehnliche zellige Elemente durchsetzen auch den Ischiadicus, so dass die Nervenfasern vielfach in zartwandige Zellschläuche umgewandelt sind (alles Genauere muss im Original nachgesehen werden).

Die Veränderungen der Nebennieren, des Sympathicus und der peripheren Nerven stehen offenbar in inniger Beziehung, sind aber gewiss nicht als tuberculös aufzufassen. Wichtig ist jedenfalls, dass so ausgedehnte beiderseitige Veränderungen der Nebennieren existiren können, ohne Broncehaut. Man wird wohl die gesammte Veränderung, die auf den ersten Blick den Eindruck einer Neubildung macht, in die Rubrik der chemisch-entzündlichen Vorgänge einreihen. Auf eine Besprechung der vom Verf. angeführten Literatur über ähnliche Veränderungen peripherer Nerven, von denen offenbar im vorliegenden Falle, bei der Intaktheit des Centralnervensystems, die Lähmungserscheinungen abhängig sind, kann hier nicht eingegangen werden.

Ribbert.

---

11. **Dr. Th. Rumpf,** Düsseldorf, **Ueber Reflexe.** (Vortrag a. 6. Juni.) (Deutsche med. Wochenschr. 1880. Nr. 29.)

Im Anschluss an früher (Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1880. Nr. 19) veröffentlichte, mit Mooren gemeinschaftlich gemachte Untersuchungen, reizte R. den Ischiadicus des Frosches und beobachtete die beiderseitigen Schwimmhäute.

Schwache faradische Ströme bewirkten auf der Seite des Reizes (direct) Verengerung, auf der andern (indirect) Erweiterung der feinsten arteriellen Gefässe, die um so länger dauern, je schwächer der Strom war; darauf folgt beiderseits das Gegentheil der Erscheinung; mittelstarke Ströme machen direct kurze Verengerung, indirect kurze Erweiterung, darauf alsbald ebenfalls das Gegentheil; starke Ströme geben direct momentane Erweiterung, indirect starke Contraction; worauf starke Beschleunigung der Circulation und Erweiterung der Gefässe folgt. Für den galvanischen Strom ist die Sache noch nicht ganz gesichert, doch werden jedenfalls auch durch ihn deutliche Wirkungen auf die Gefässe erzielt.

Weiter untersuchte R., ob sich bei denselben Reizmitteln, welche Gefässveränderungen an der andern Körperseite hervorbringen, auch solche an der Hirnoberfläche nachweisen liessen. Starke Reize, wie



Besprühen mit Senfspiritus oder Aether bringen im Allgemeinen mit der Hyperämie der besprühten Hautoberfläche Anämie der entgegengesetzten Gehirnoberfläche hervor; das Glüheisen bewirkt nach momentaner Blässe beträchtliche Hyperämie. Starke faradische Reize der einen Seite sammt der hinteren Extremität rufen bei längerer Dauer an der gegenüber liegenden Hemisphäre eine intensive Röthung hervor. Genauere Ermittelungen, ob die verschiedenen Reizstärken verschiedene Wirkungen haben, sind noch nicht gelungen. Jedenfalls darf hiernach als erwiesen angesehen werden, dass durch Hautreize Veränderungen in der Gefässcontraction der Centralorgane erregt werden.

R.

---

12. **Maurice Mendelssohn, Recherches cliniques sur la periode d'excitation latente des muscles dans différentes maladies nerveuses.** Klinische Untersuchungen über die Dauer der latenten Reizung der Muskeln in verschiedenen Nervenkrankheiten. (Archives de physiologie norm. et patholog. 2. sér. XII. 1880. p. 193—225.)

Der von Marey angegebene Apparat, welchen Verf. benutzte, scheint seiner Transportabilität und leichten Handhabung wegen für klinische Zwecke sehr geeignet zu sein. Ein den Arm des Patienten umgebender Ring von Holzstäben trägt eine elastische Feder, durch deren Vermittlung der bei der Contraction dicker werdende Muskel auf einen Marey'schen Tambour wirkt, welcher seinerseits in bekannter Weise durch einen Kautschukschlauch mit einem registrirenden Tambour verbunden ist. — Dieser letztere schreibt die Zuckungscurve auf eine Schreibfläche, welche an einem Pendel angebracht ist und auf welcher zugleich durch eine schwingende Feder Hundertel-Secunden markirt werden. — In einem gegebenen Momente der Schwingung löst das Pendel einen Oeffnungsinductionsschlag aus.

Die Versuche haben ergeben, dass schon bei gesunden Menschen die latente Periode des Muskels von verschiedener Dauer ist, und nicht nur individuell schwankt, sondern auch bei verschiedenen Muskeln desselben Individuums gewisse Schwankungen zeigt. Bei den Extensoren des Armes ist sie meist etwas länger als bei den Flexoren, bei Muskeln, welche lange unthätig waren, ist sie verlängert. — Im allgemeinen nimmt sie ab mit zunehmender Erregbarkeit und Contractilität der Muskeln. — Im Mittel dauert sie bei Gesunden 0,006—0,008 Sec.

Aus der grossen Anzahl der Beobachtungen am Krankenbette sei hervorgehoben, dass bei Hemiplegischen die latente Periode auf der kranken Seite kürzer ist, als auf der gesunden, wenn Contractur besteht, länger wenn Atrophie eingetreten. — Bei Rückenmarkskranken wiederholt sich die starke Verkürzung der latenten Perioden bei Krampfformen, während Tabeskranke mit stark entwickelter Muskelatrophie eine Verlängerung bis auf 0,04 Sec. zeigen können. Bei Paralysis agitans haben wir Verzögerung, bei Chorea Verkürzung der Perioden. Interessante Erscheinungen werden bei Hysterischen beobachtet. — Einige Stunden vor dem Auftreten hysterisch-epileptischer Anfälle ist zugleich mit der gesteigerten Erregbarkeit Verkürzung der



latenten Periode vorhanden; noch auffallender tritt dieselbe in den künstlich bei solchen Kranken hervorgerufenen Zuständen von Somnambulismus und Catalepsie hervor, wo ihre Dauer bis auf 0,001 Sec. sinken kann. N. Zuntz.

---

13. **Prof. Dr. H. Senator,** Berlin, **Ueber Sehnenreflexe und ihre Beziehungen zum Muskeltonus.** (du Bois Reymond's Archiv für Physiologie. 1880. Heft 3 p. 197—208.)

Senator bestätigt an Kaninchen die Angaben Tschirjew's, dass nur Durchschneidung des Rückenmarks zwischen 5. und 6. Lendenwirbel den Patellarsehnenreflex aufhebt. Er findet weiter, dass nach halbseitiger Marktrennung nur der Reflex in der gleichseitigen Extremität schwindet. Die Versuche, den Reflexbogen noch genauer zu localisiren, führen zu der Erkenntniss, dass die Hinterstränge ohne Einfluss auf den Reflex sind, dass derselbe dagegen nach Trennung eines Seitenstranges auf der betroffenen Seite erlischt, und dass im Seitenstrang die äussersten Partien vorn und hinten intact bleiben dürfen, die Verletzung nur den mittleren Theil und namentlich dessen äussere Hälfte treffen muss. — Durchschneidung der grauen Hinterhörner hebt den Sehnenreflex nicht auf. — In vielen Versuchen schien mit der Aufhebung des Reflexes eine anderweite Störung der Motilität nicht verbunden zu sein. — Mehrmals liess sich constatiren, dass von dem des Patellarreflexes verlustigen Beine entfernte (allgemeine) Reflexe leichter als von dem intacten ausgelöst werden konnten. — Das Wesentlichste der vorstehenden Ergebnisse wurde auch an Hunden bestätigt. —

Senator ist mit Tschirjew der Meinung, dass die den Reflex vermittelnden Nervenendigungen am Sehnenende der Muskeln mit dem Tonus der letzteren in Beziehung stehen. Die verminderte Spannung des Muskels nach Unterbrechung des Reflexbogens wird aus dem Tiefer- und Dumpferwerden des Tones, welcher beim Anklopfen der Sehne hörbar ist, gefolgert. Die weitere Annahme Tschirjew's, dass dieselben Nerven auch für die normale Abstufung und Präcision der willkürlichen Bewegungen unbedingt nothwendig seien, wird dagegen mit guten Gründen bekämpft. — N. Zuntz.

---

14. **Lancereaux, Ueber hereditäre Phthise.** (Aus dem Referat der Gazette des hôpitaux, Nr. 106, 1880, über die in der medicinischen Section des Congresses der Association française pour l'avancement des sciences zu Reims gehaltenen Vorträge.)

L. resümirt folgendermassen:

1) der Nachkomme des Phthisischen zeichnet sich aus durch Schwäche, Zartheit und Kleinheit des Körpers, Abflachung des Brustkorbes und insbesondere durch Feinheit und geringe Zahl der Haare des Körpers, zugleich mit Schwäche in der Entwicklung der Geschlechtsorgane. Vom Augenblicke der Befruchtung an drückt die Tuberkulose dem Individuum, welches sie befällt, einen bestimmten Stempel auf und schafft, so zu sagen, eine besondere Race.



2) die hauptsächlichsten Veränderungen, welche die hereditäre Phthise im Organismus bewirkt, treten zur Zeit der Pubertät auf, und bestehen in einer Hemmung der Entwicklung nicht eines Organes oder eines Systemes, sondern der Gesammtheit des Individuums, welches die Merkmale einer relativen Jugend behält und in einer Art neutralen Zustandes bleibt, welchen man gewöhnlich als Infantilismus oder Feminismus bezeichnet.

3) Die Repräsentanten dieses Typus sind zur Tuberkulose besonders prädisponirt und müssen einer Präventiv-Hygieine unterworfen werden, sowohl in Bezug auf die Ernährung als auf Luft und körperliche Uebungen. Bardenhewer.

---

15. **Franz Riegel**, Giessen, **Ueber das Verhalten der Herzcontractionen und der Gefässspannung im Fieber.** (Berlin. klin. Wochenschrift 1880. Nr. 35.)

Das Resultat früherer Forschungen von Wolff, Landois und dem Verf. gipfelt in dem Satze, dass im Fieber die Gefässspannung stets herabgesetzt ist, und dass der Grad dieser Entspannung gleichen Schritt mit der Höhe des Fiebers d. h. der Temperatur hält. Und zwar zeigte Verf., dass in der That die Temperatursteigerung allein diese Entspannung hauptsächlich veranlasse, nämlich in Folge einer direkt durch sie bedingten Gefässerschlaffung.

Im 3. Bande der gesammelten Abhandlungen von Traube ist dessen entgegengesetztes Resultat mitgetheilt, dass Dicrotie und Tricrotie des Arterienpulses im Herzen selbst entständen, und zwar durch die zunehmende Energie der Herzkontractionen. R. stellte desshalb eine grössere Reihe von Untersuchungen in der Art an, dass er gleichzeitig den Herzchoc und den Puls in verschiedenen Stadien acut fieberhafter Krankheiten und bei sehr verschiedenen Temperaturhöhen graphisch aufzeichnete. Es zeigte sich, dass selbst bei ausgesprochener Dicrotie der Pulswelle das Cardiogramm niemals Dicrotie oder überhaupt eine von der Norm abweichende Form darbot. Durch einige ausgewählte Curven demonstrirt Verf., dass die Dicrotie, wie die sonstigen febrilen Formveränderungen des Pulses nicht im Herzen, sondern im Arteriensystem selbst entstehen.

Thierversuche bestätigten, dass bei Dicrotie des Arterienpulses selbst die intracardiale Aufnahme keine Dicrotie der Herzcurve ergab. R.

---

16. **N. Sassezky, Ueber selbständige Hypertrophie und Dilatation des Herzens.** (Aus der propädeutischen Klinik des Prof. W. A. Manassein.) (St. Petersb. medic. Wochenschr. 1880. Nr. 33.)

Nach Erörterung der betreffenden Literatur berichtet S., dass er, um die Frage, wie die verstärkte Thätigkeit des Herzens auf dasselbe einwirke, experimentell zu prüfen, aus dem Frühlingswurfe einer und derselben Katze vier Kätzchen genommen habe, welche zuerst vollkommen gleich erzogen wurden und volle Freiheit genossen. Darauf, als sie herangewachsen waren, und zwar vom 14. Juni an, wurden

zwei Katzen täglich zwei Mal (Morgens und Abends) jedesmal $1^1/_2$ bis 2 Stunden lang in einem grossen Zimmer umhergejagt; im Uebrigen führten alle vier Katzen ein völlig gleiches Leben in voller Freiheit. Am 14. Juni und am 14. jedes folgenden Monats wurden dieselben Morgens nüchtern gewogen. Am 14. December wurden sie getödtet. Bis dahin hatten die umhergejagten Katzen weniger an Gewicht zugenommen als die nicht umhergejagten. Mit Bezug auf das Herz ergab die Sektion bei den umhergejagten Katzen eine Umfangsvergrösserung des Herzens, mit Verdickung der Wandungen des rechten und mit Verdünnung der Wandungen des linken Herzens; mit vergrösserter Breite der Muskelfasern des rechten und mit verminderter Breite derjenigen des linken Herzens. Die sehr zahlreichen Maasse und Gewichte sind im Original nachzusehen.

„Soweit diese Fakta das Herz betreffen, muss man sie aller Wahrscheinlichkeit nach folgendermassen erklären: Zuerst bildete sich Hypertrophie des linken Ventrikels aus, später trat wegen zu starker Ausdehnung Verdünnung der Wandungen ein; in der Folge hypertrophirte das rechte Herz und die Sektion erfolgte zu einer Zeit, wo dessen Wandungen noch nicht sich hatten verdünnen können; so ist es erklärlich, weshalb die Breite der Muskelfasern im rechten Herzen vergrössert, im linken verringert ist.“

E. Bardenhewer.

---

17. **Dr. Besnier, Obstruction calculeuse incomplete des voies biliaires avec accès de flèvre intermittente et rejet de nombreux calculs.** Unvollständige Verschliessung der Gallenwege durch Gallensteine, verbunden mit Fieberanfällen und Entleerung zahlreicher Concremente. (Archives generales de med. 1880. St. 426.)

Verf. giebt eine ausführliche Beobachtung und Besprechung eines Krankheitsfalles, der langsam mit gastrischen Erscheinungen begann, allmählich bei reichlichem Fettansatz zur Anämie führte und schliesslich nach einigen sehr heftigen Schüttelfrösten, verbunden mit starken Schmerzen in der Lebergegend und darauf folgendem Abgang von 148 Gallensteinen tödtlich endete. Obduktion ist nicht gemacht, die weiteren Ausführungen der Arbeit sind Besprechungen einzelner Symptome.

Bartold.

---

18. **Leyden, Klinische Untersuchungen über Morbus Brightii. II. Einige Beobachtungen über die Nierenaffektionen, welche mit der Schwangerschaft im Zusammenhange stehen.** (Nach einem Vortrage in der Gesellschaft der Charité-Aerzte am 18. März 1880. Zeitschrift für klin. Medicin. Bd. II. Heft 1. p. 171.)

1) Als Schwangerschaftsniere, Nierenaffektion der Schwangeren muss diejenige Form der Nierenerkrankung bezeichnet werden, welche in einer vorher gesunden Niere lediglich in Folge der Schwangerschaft auftritt. Der Grund dieser Erkrankung scheint Leyden nicht in einer wirklichen Entzündung (Bartels) zu bestehen, sondern in



Störung der Funktion und Veränderung der anatomischen Struktur, die lediglich in Folge mechanischer Cirkulationsstörungen entstanden.

Als Typus wird die Krankengeschichte einer Person mitgetheilt, welche in der ersten Zeit der Schwangerschaft noch ganz gesund war, in der zweiten Hälfte eine Schwangerschaftsnephritis acquirirte, später am Puerperalfieber starb. Die pathologisch-anatomische Beschaffenheit der Niere war: Niere gross, Rinde geschwellt, blass, anämisch und in einem Zustande ziemlich hochgradiger Verfettung der Epithelien. Die Erscheinungen eines Entzündungsprocesses fehlen vollständig, die Erkrankung ist deshalb ganz bestimmt verschieden von der akuten oder subakuten Nephritis. Vielmehr ist das Wesentliche: Verfettung der Epithelien durch Cirkulationsstörung. Aber die Cirkulationsstörung ist nicht eine vènöse Stauung, sie ist Anaemie und hat als solche Verfettung der Epithelien zur Folge. Von besonderem Interesse ist der Umstand, dass der anatomische Process eine so schnelle Herstellung gestattet. Die Epithelien mit fettiger Infiltration besetzt, waren nicht zerstört und nicht funktionsunfähig, obwohl sie Eiweiss durchliessen. Durch die bisher vorliegenden Beobachtungen scheint es nicht festgestellt, dass es sich in solchen Fällen, wo ein chronisches Nierenleiden resultirt, auch wirklich um die reine Schwangerschaftsniere gehandelt habe.

Klinisch-diagnostisch ist von Wichtigkeit die Beschaffenheit des Harns: Verminderte Menge, hohes specifisches Gewicht, dunkle Farbe, sparsames Sediment und dabei hoher Eiweissgehalt. Im Sediment vorkommende Hyalin-Cylinder beweisen nichts für einen entzündlichen Process, sie können sich überall bilden, wo Albumen austritt. Das Fehlen rother Blutkörperchen ist nicht recht zu verwerthen, um den anämischen Zustand zu diagnosticiren, weil einerseits auch bei Anämieen des Parenchyms collaterale Blutungen auftreten können, andererseits das Vorkommen von Blut im Harne Schwangerer sehr schwer auf die richtige Quelle zurückzuführen ist.

Mehr Gewicht legt L. auf das Vorkommen verfetteter Epithelien oder wirklicher Fettkörnchen im Harn. Sie lassen einen Schluss zu auf den anatomischen Zustand der Niere und während sie sonst als Beweis einer tiefgreifenden Degeneration gelten, gehören sie hier einer Erkrankung mit, der Regel nach, schnellem und günstigem Verlaufe an. Drei weitere Krankengeschichten beweisen den günstigen Ausgang der Schwangerschaftsnephritis. In einem Fall konnte wenige Wochen nach der Geburt die Sektion bestätigen, dass keine Veränderung der Niere mehr vorhanden war, welche jener überstandenen Erkrankung während der Schwangerschaft eigen war.

2) Nephritis ex graviditate oder ex puerperio.

Eine wirkliche akute Nephritis, analog den Formen, welche sich aus akuten Infektionskrankheiten entwickeln, vielleicht im Zusammenhang mit Infektionskrankheiten, die sich während der Schwangerschaft entwickeln, oder im Gefolge intensiver Puerperalaffektion. Sie bietet die Zeichen einer frischen Nephritis, zuweilen fehlen die Oedeme, das reichliche Sediment enthält viel Blutkörperchen, Cylinder und Epithelien.

3) Pyelonephritis.

Pat. klagen über Schmerzen im Kreuz, trüber Harn enthält viel



Eiweiss, Eiterkörperchen, Blutkörperchen und Cylinder mit gelblichkörnigen Massen und Epithelzellen bedeckt. Die Disposition zur Erkrankung ist durch Druck auf Blase und Urethra durch den Uterus gegeben.

4) Akute oder chronische Nephritis, welche während der Schwangerschaft, aber unabhängig von derselben besteht.

Während in einzelnen Fällen die Schwangerschaft keinen merklichen Einfluss auf bestehende Nephritis ausübt, wird sie in anderen Fällen durch die Veränderungen der Sekretion und Circulation die Ursache schwerer Verschlimmerungen. Hervorgehoben wird die Schwierigkeit der Diagnose. Eine früher schon vorhandene Nephritis wird oft erst in der Schwangerschaft erkannt und auch dann bleibt es noch zweifelhaft, ob es sich nur um eine Schwangerschaftsniere oder um einen älteren Process handelt; und eine post partum noch fortbestehende Albuminurie kann auch nicht mit Sicherheit auf die Erkrankung vor der Schwangerschaft zurückgeführt werden. Freilich wird der Verdacht auf eine alte Nephritis erweckt, wenn sich nach der Geburt der Eiweissgehalt gar nicht ändern will. Die gefährliche Wirkung der Schwangerschaft auf schon bestehende Nephritis zeigt sich in der Begünstigung des Uebergangs in das Stadium der Verfettung des Parenchyms; dauernd kann die dadurch bewirkte Verschlimmerung werden dadurch, dass sie nicht so leicht ausgeglichen wird, wie derselbe Zustand bei der typischen Form der Schwangerschaftsniere.

Finkler.

---

19. **Rindfleisch, Eine Vergrösserung des Caput gallinaginis als Ursache congenitaler Ischurie und Hydronephrose.** (Virch. Arch. Bd. 81, S. 521.)

Ein 5 Wochen alter Knabe, der keine besonderen Urinbeschwerden gehabt haben soll, starb an Pleuritis. Es wurde bei der Section das Caput gallinaginis als kleinerbsengrosse Geschwulst vorgewölbt gefunden. Die Oeffnungen der Ductus ejaculatorii waren nicht aufzufinden. Dagegen gelangte man von den prall gefüllten Samenblasen aus jederseits mit einer dicken Sonde bis in das Innere des Schnepfenkopfes. Der Tumor des letzteren ist also bedingt durch Atresie der Mündung der Ductus ejaculatorii und Dilatation derselben. Die Geschwulst musste ein Hinderniss nach Art eines vergrösserten mittleren Prostatalappens abgegeben haben. Es fand sich Dilatation und Hypertrophie der Harnblase und der Ureteren und beträchtliche Hydronephrose. Aus diesen congenitalen Folgeerscheinungen folgt aber, dass während des Foetallebens Urin secernirt und von der Blase ausgetrieben wurde (denn letztere kann nur hypertrophiren, wenn sie zu arbeiten hat). Es bringt dieser Fall somit Gewissheit, dass der Harn des Foetus zur Vermehrung des Fruchtwassers nicht unwesentlich beiträgt.

Ribbert.

---



20. **Dr. Franz Hofmeister, Ueber das Vorkommen von Pepton im Harn und ein vereinfachtes Verfahren zum Nachweis desselben.** (Prager med. Wochenschr. Nr. 33 u. 34.)

Die von Maixner (Prag. Vierteljahrsschr. 143. 78.) gemachten Beobachtungen von Auftreten des Peptons bei Krankheitsprocessen, wo es sich um Ansammlung von Exsudaten handelt, die sich durch einen mehr oder minder hohen Gehalt von Eiterzellen auszeichnen, (Pyelonephritis, Abscesse, Empyeme, bronchoblennorhoische und phthisische Cavernen, Resorptionssstadium der Pneumonie), werden von Hofmeister bestätigt und erweitert.

Er fand, dass das Pepton des Eiters und das im Harn bei den oben genannten Processen auftretende Pepton identisch seien und berechnet die Menge des letzteren — mit dem Polarimeter bestimmt und auf Fibrinpepton berechnet — im Mittel von 6 Versuchen auf 0,8 gr in 100 ccm, so dass „es keinem Zweifel unterliegen kann, dass von einem Eiterherd aus beträchtliche Mengen desselben zur Resorption gelangen können, und zwar diffundiren sie in die umliegenden Gewebe und kommen so in das Blut. Das Verhalten dieses Peptons ist ein anderes wie des vom Darmkanal aufgenommenen, da es unverändert die Blutbahn passirt. Versuche, die später veröffentlicht werden sollen, bewiesen dies. Ferner fand er durch Filtration eitriger Exsudate, dass das Pepton vorwiegend an die Eiterzellen gebunden sei, das Serum enthalte 2—7 Mal weniger. Erst wenn in Folge von Resorption oder durch Kochen oder Stehenlassen des entleerten Exsudats die Eiterzellen zerfielen, träte Pepton auch im Serum auf, so dass beim Filtriren Filtrat und Rückstand gleichen Pepton-Gehalt hätten, und erst dann sei sein Auftreten im Harn möglich.

Die bei Phosphorvergiftung sowie bei Magencarcinom eintretende Peptonurie beruhe wahrscheinlich auf anderer Ursache.

Wie weit die Untersuchung auf Pepton für die klinische Diagnose Werth hätte, liesse sich jetzt noch nicht endgültig beurtheilen, vielleicht giebt sie einen Anhalt zur Unterscheidung von serösen von eitrigen Exsudaten sowie von Cerebrospinal- und tuberculöser Meningitis.

Das Verfahren des Pepton-Nachweises ist kurz folgendes (Näheres im Original):

1) Der Harn enthält kein Eiweiss.

500 ccm Harn werden mit concentrirter Bleiessiglösung versetzt, der reichliche Niederschlag filtrirt, zum Filtrat wird der 20. Theil seines Volumens Salzsäure und dann eine saure Lösung von Phosphorwolframsäure zugesetzt, so lange noch ein Niederschlag entsteht. Dieser wird mit 3 % Schwefelsäurelösung ausgewaschen, der Rückstand mit überschüssigem Barythydrat verrieben und mit Wasser gelinde erwärmt. Der erhaltene Niederschlag wird abfiltrirt und das Filtrat auf Pepton mittelst der Biuretreaction geprüft. Man setzt tropfenweise Kupfervitriollösung zu, worauf entweder sofort oder nach vorherigem Zusatz von Natronlauge eine röthliche Färbung eintritt, wenn Pepton vorhanden ist, wenn nicht, wird die Lösung grün.

2) Wenn der Harn Eiweiss enthält, so wird derselbe zunächst mit gleichen Mengen einer concentrirten Natronlösung und Eisenchlorid-



lösung versetzt, dann mit Natronlauge neutralisirt, gekocht, filtrirt, Salzsäure und Phosphorwolframsäurelösung zugesetzt und dann das erste Verfahren weiter eingeschlagen.

Bartold.

---

21. **J. Solaweitschyk, Ueber die Wirkungen der Antimonverbindungen auf den thierischen Organismus.** (Archiv für experim. Pathol. u. Pharmakologie, Bd. XII. Heft 6. S. 438.)

S. stellte an Fröschen, Kaninchen, Katzen und Hunden Versuche mit dem, Eiweiss in neutraler und alkalischer Reaktion nicht fällenden Natrondoppelsalz der Weinsäure und des Antimonoxyds an.

Die Resultate aus den an Fröschen gemachten Beobachtungen sind:

1. Das Antimon „lähmt die Centren für die Reflexbewegungen im Rückenmark, nachdem eine mässige Erregung von coordinatorischen Centren in der Medulla oblongata vorhergegangen: die Rückenmarkscentren werden jedoch nicht vorher erregt".
2. „Es lähmt die excitomotorischen Nervenapparate des Herzens."
3. „Die Erregbarkeit der motorischen Nerven und willkürlichen Muskeln wird nicht vermindert."

Für unter Antimonwirkung stehende Säugethiere gestaltet sich das Resultat so: „Das Antimon ruft eine continuirliche Blutdruckerniedrigung in Folge einer Erweiterung der Gefässe, vielleicht auch unter gleichzeitiger direkter Einwirkung auf das Herz, sowie Störungen im Gebiete des centralen Nervensystems, ausserdem Erbrechen und Erscheinungen von Seiten des Darms hervor, welche letzteren in einem massenhaften Blutaustritt in und auf die Darmschleimhaut bestehen. Die bezügliche Wirkung des Antimons schliesst sich somit an die des Arsens und Platins vollkommen an."

Interessant ist endlich noch die Beobachtung, dass das Antimon eine Ausnahme bildet in der Reihe der Körper, welche neben der brechenerregenden Kraft auch gleichzeitig die Fähigkeit besitzen, die quergestreifte Muskulatur lähmend zu beeinflussen, und sich demgemäss dem Emetin an die Seite stellen lässt.

Schulz.

---

22. **Dr. Liebreich,** Professor, **Ueber Ozon.** (Deutsche medic. Wochenschrift 1880. Nr. 24.)

Das dem Ozon sehr ähnliche Wasserstoffsuperoxyd hat die Erwartungen, die man von ihm als einem Sauerstoff producirenden Körper hegte, nicht erfüllt. Wenn dasselbe mit Blut in Berührung kommt, wird mehr O entwickelt, als das Blut absorbiren kann und so entsteht eine tödtliche Gasentwickelung, trotzdem das Gas eben O ist. Mit Ozon ist man von vornherein nicht wissenschaftlich experimentell vorgegangen. Der erste Fehler ist, dass man Ozonmessungen vornimmt und in Folge dieser vom Ozongehalt der Luft spricht, ohne dass man den Gehalt der zu untersuchenden Athmosphäre an andern oxydirenden Substanzen kennt; ebenso ist die Bestimmung der Menge des Ozon unter anderem von der Luftgeschwindigkeit abhängig, bei ruhiger Luft muss die Reaction am Papier schwächer ausfallen, als bei bewegter;



es haben also die verschiedenen Farbentöne an sich keinen Werth. Auch die therapeutische Anwendung beruht auf Irrthum. Ozon ist ein vollkommen labiler Körper, der bei Berührung mit Gewebsflüssigkeit sich sofort zerlegt. Wenn man also wirklich Ozon einathmet, so muss dasselbe sofort im Munde, der Trachea zerlegt werden, Ozon also ins Blut zu bringen, ist nicht möglich. Auch die Behauptung, dass das Blut ozonisire, dass es Ozon enthalte, ist unerwiesen. Auch bei jeder Fäulniss wird Ozon producirt. Wir wissen also von einer Messung des Ozon Nichts, wissen aber, dass es, wenn es resorbirt wird, auf dem ersten Wege zu Grunde geht, von einer therapeutischen Wirkung also nicht die Rede sein kann. R.

---

23. **Potain, Ueber Milchdiät bei Herzkrankheiten.** (Aus dem Referat der Gazette des hôpitaux, Nr. 106, 1880, über die in der medicinischen Section des Congresses der Association française pour l'avancement des sciences zu Reims gehaltenen Vorträge.)

Die Milchdiät ist nach P. besonders nützlich bei den Hypertrophien und Dilatationen renalen und gastrischen Ursprungs; sie gibt den Nieren oder dem Magen vollständige Ruhe und soll, um Erfolg zu haben, absolut und von einiger Dauer sein. Sie bewährt sich ferner bei reflektorischen Palpitationen, deren Ursprung im Magen ist. Bei Hydropsien ist die diuretische Wirkung der Milch von Nutzen, insbesondere wenn dieselben verursacht sind durch eine sekundäre Nierenstörung oder durch eine intercurrente Entzündung seröser Häute.

Bardenhewer.

---

## Neue Bücher.

Bénard, Étude sur le mal de mer. Paris, Vve. Frédéric Henry. 2 fr. 50 ctm.

Cohnheim, Vorlesungen über allgemeine Pathologie. 2. Bd. Berlin, Hirschwald. 15 Mark.

Jalaguier, De la lymphangite aiguë à forme gangreneuse. Paris, Masson. 3 fr.

Lignac, Principales substances minérales employées en médecine. Paris, Vve. Henry. 1 fr. 50 ctm.

Nothnagel und Rossbach, Handbuch der Arzneimittellehre. 4. vermehrte Aufl. Berlin, Hirschwald. 17 Mark.

Picqué, De l'intervention chirurgicale dans le cancer de l'utérus. Paris, Vve. Henry. 4 fr.

Peyrot, De l'intervention chirurgicale dans l'obstruction intestinale. Paris, Masson. 6 fr.

Die Provinzial-Irren-, Blinden- und Taubstummen-Anstalten der Rheinprovinz in ihrer Entstehung, Entwicklung und Verfassung, dargestellt auf Grund eines Beschlusses des 26. Rhein. Provinzial-Landtages. Mit 28 in den Text gedruckten Holzschnitten. Düsseldorf, L. Voss & Comp. 6 Mark.

Robin, De l'Electro-puncture dans la cure des anévrismes intrathoraciques. Paris, Vve. Henry. 5 fr.

Thalozan, La peste en Turquie dans les temps modernes, sa prophylaxie défectueuse, sa limitation spontanée. Paris, Masson. 4 fr.

Wernich, Grundriss der Desinfektionslehre. Zum prakt. Gebrauch auf krit. und experimenteller Grundlage bearbeitet. Mit 15 Illustrationen. Wien, Urban & Schwarzenberg. 6 Mark.

---

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.





Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen nebst Titel und Register.

# Centralblatt
für
# KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M. zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigirt von

**Dr. H. Rühle,** Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

**Dr. D. Finkler,** Privatdocent und Assistent an der medicin. Klinik in Bonn.

**1880.** **28. September.** **Nro. 29.**

**Inhalt.** Referate: 1. **Schwarck,** Croup und Diphtheritis des Darmkanals. — 2. **Stern,** Ueber Impfergebnisse mit Thymol-Lymphe. — 3. **Bertheau,** Zur Lehre von der Inhalationstuberkulose. — 4. **Ballet,** Nouveau fact relatif aux localisations cérébrales; du centre psycho-moteur de la face. — 5. **Fraenkel,** Beitrag zur Lehre von den Sensibilitäts-Neurosen des Schlundes und Kehlkopfes. — 6. **Thenée,** Ein Fall von einseitigem Trismus. — 7. **Hildebrand,** Ueber Nervendehnung. — 8. **Guermonprez,** Affections sympathiques par la présence des Ascarides lombricoides dans l'intestin. — 9. Nine Cases of Sunstroke. — 10. **Wagner,** Fall von putrider Pleuritis mit Abstossung eines Stückes gangränösen Lungengewebes aus der Operationswunde. — 11. **Rindfleisch,** Fibroma pulmonum multiplex. — 12. **Heschl,** Ueber die Bewegung eines bei angeborener Spaltung des Brustbeins freiliegenden Herzens. — 13. **Stone,** A case of abscess of the spleen. — 14. **Salkowsky,** Ueber die Wirksamkeit erhitzter Fermente, den Begriff des Peptons und die Hemialbumose Kühne's. - 15. **Catillon,** Ernährung vom rectum aus. — 16. **Chvostek,** Die Krankheiten der Nebennieren. — 17. **Stricker,** Weitere Mittheilungen über Hypertrichosis. — 18. **Wortabeh,** Beobachtungen über Vorkommen der Bilharzia haematobia. — 19. **Meyer,** Ueber die temporisirende Wirkung der Hypnotica. — 20. **Wilckinghoff,** Medicinische Beiträge zur Kenntniss der Arnica montana.

1. **Schwarck, Croup und Diphtheritis des Darmkanals.** (Bonn, Inauguraldissertation 1880.)

Im Gegensatz zu der Menge von Literatur, die sich über Croup und Diphtheritis des Rachens angehäuft hat, sind die gleichen Processe im Darmkanal nur geringer Beachtung gewürdigt worden. Hier kommen dieselben in zweierlei Formen vor, als sogenannte primäre und als secundäre Diphtheritis, erstere als selbstständiger Vorgang, letztere als Folgezustand anderweitiger Erkrankungen. Die secundäre Diphtheritis ist, wie allseitig anerkannt, anatomisch mit der primären identisch, aber zum Studium der anatomischen Verhältnisse desshalb besser geeignet, weil man sie in früheren Stadien als die primäre erhält. Die niedergelegten Beobachtungen sind daher an jener gewonnen und entsprechen hauptsächlich einem Präparat von Diphtheritis des Dickdarms, welches ein exquisites Beispiel einer croupösen Exsudation in Verbindung mit evident dysenterischen Ulcerationen darstellt (an einem pyämisch nach selbstvollzogener Penisamputation zu Grunde gegangenen Manne). Untersuchungen der grösseren croupösen Beläge stellten nur fest, dass der Bau derselben genau so ist, wie die an den Croupmembranen des



Rachens. Sch. beobachtete eine faserig-filzige Masse, ein feines Netzwerk von Fasern. Diese Masse erstreckt sich bis an den Grund der Lieberkühn'schen Drüsen, zum Theil mit Erhaltung der Zwischendrüsen, zum Theil unter Zerstörung letzterer. Interessant ist es, dass diese Zerstörung so vor sich geht, dass das Gewebe der Leiste zunächst mit Exsudatmasse infiltrirt wird, die dann feinfaserig gerinnt und sich schliesslich in jenes helle dichte Netzwerk umwandelt. Die Croupmembran setzt sich aber auch zuweilen noch tiefer in die Schleimhaut fort, im Grossen und Ganzen als linsenförmige Einlagerung unter oder an Stelle des musculus mucosae. Unterhalb derartiger dysenterischer Plaques gehen nun die Arterien, und zwar nur kleine Arterien, eine charakteristische Veränderung ein, ihre Wandungen quellen glasig oder wachsartig auf. Es wurde weiterhin festgestellt, dass nicht nur die grösseren croupösen Auflagerungen des Dickdarmes, sondern auch die kleienförmigen Auflagerungen dieselbe oben angegebene Struktur zeigen. Und selbst für die schüppchenartigen Beläge konnte ein Gleiches vielfach constatirt werden. Das Gefüge der kleinsten bei Diphtheritis des Darmkanals vorkommenden Auflagerungen ist daher dasselbe wie in jenen deutlich croupösen Massen. Die Entstehung letzterer muss aber auf Grund vorliegender Untersuchung aus den verschiedensten im Original näher nachzusehenden Gründen auf Gerinnung einer Fibrinmasse zurückgeführt werden. Weder das Epithel noch Blutkörperchen können zu seiner Bildung beigetragen haben. Jene linsenförmig in die tieferen Schichten der mucosa eingelagerten Exsudate entsprechen nun offenbar croupös entarteten Follikeln, deren nächste Umgebung ebenfalls infiltrirt ist. Dieses follikuläre Exsudat giebt aber bei seiner Ausstossung zu Geschwüren Veranlassung. Es können solche aber auch durch Abstossung der oberflächlichen die Lieberkühn'schen Drüsen einbegreifenden Membranen entstehen. Von grosser Tragweite für die Geschwürsbildung ist ferner das erwähnte Verhalten der Gefässe, die schliesslich kein Blut mehr durchlassen und so zur Nekrose Veranlassung geben. Ob die Veränderung der Gefässe auf micrococcischer Embolie beruht, konnte nicht sicher eruirt werden, so wahrscheinlich es ist. Wenn das aber der Fall ist, so muss die Auffassung Platz greifen, dass, da ein Rückwärtswandern von Micrococcen in die Arterien dem Blutstrom entgegen, nicht wohl denkbar ist, das Infectionsmaterial peripher in die kleinsten Arterien verschleppt wurde, mithin der lokale Process ein Ausdruck einer Allgemeininfection ist. Es stimmt das zu den Untersuchungen Rayeckshy's, wonach nach Injection von putrider Flüssigkeit ins Blut nur dann Diphtheritis des Darmkanals entsteht, wenn gleichzeitig die Darmwand durch Ammoniak in Entzündung versetzt war. Aus den geschilderten Beobachtungen geht ferner hervor, dass eine Abgränzung von Croup und Diphtheritis nicht zulässig ist, dass ersterer ebensowohl zu Geschwüren Veranlassung geben kann wie letztere, wenn nur das Exsudat in das Gewebe der Schleimhaut vorgedrungen ist.

**Ribbert.**

---





2. **Dr. Emil Stern,** Impfarzt am Königl. Impf-Institut in Breslau, **Ueber Impfergebnisse mit Thymol-Lymphe.** (Bresl. ärztl. Zeitschrift. 1880. Nr. 17.)

Verf. theilt die im Institut selbst gemachten und aus Berichten über nach auswärts versendete Lymphe gewonnenen Erfahrungen mit, und resumirt dieselben in folgende Sätze:

1) Die Mischung humanisirter Vaccinelymphe mit gleichen Theilen oder der doppelten Menge 1 ‰ wässeriger Thymollösung ist wohl geeignet, brauchbaren Impfstoff für Erstimpfungen zu geben, namentlich wenn sie frisch zur Verwendung kommt.

2) Das Gemisch scheint die ersten Tage und Wochen gut wirksam zu bleiben, nach ca. 3 Monaten aber an Impfkraft zn verlieren.

3) Die erzeugten Impfpusteln zeigen alle Characteristica echter Vaccinepusteln und eignen sich sehr wohl zur Fortpflanzung des Impfstoffes.

4) Die lokale Reaktion ist hierbei auffallend mässig.

5) Für die Revaccinationen scheint das Gemisch weniger geeignet zu sein, namentlich für die Wiederimpfung der Rekruten im November nicht zu passen. R.

---

3. **H. Bertheau, Zur Lehre von der Inhalationstuberkulose.** (Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 26. Heft 5 u. 6. p. 523.)

Nachdem Verf. die Resultate früherer Forscher in Kürze berichtet, geht er über zur Besprechung seiner Versuche und den daraus zu folgernden Schlüssen. Als Versuchsraum bediente er sich eines Holzkastens von $^2/_3$ m Breite und Höhe und $^1/_2$ m. Tiefe, welcher durch ein Drahtgeflecht in einen hintern grösseren und vordern kleineren Raum getheilt war. Der letztere war durch eine mit einer Glasscheibe versehene Thür verschlossen und enthielt den Dampfzerstäuber, während sich in dem hinteren Raume das Thier aufhielt. Die Zerstäubungsflüssigkeit enthielt tuberkulöse Massen in feinster Vertheilung und zwar stammten dieselben zu seinen ersten Versuchen von der Leiche entnommenen verkästen Lymphdrüsen, zu den folgenden Experimenten von Sputis von Phthisikern. Pro Tag wurden etwa 150—250 gr der Zerstäubungsflüssigkeit verbraucht, welche Menge innerhalb 20 Minuten zerstäubt war. Sodann verweilten die Thiere noch eine Stunde im Versuchsraume, während sie sich in der übrigen Zeit im Freien bewegten. Dieses Experiment wurde mit jedem Thiere mehreremale angestellt und sodann das Thier etwa am 40. Tage nach der ersten Inhalation getödtet.

Als Gesammtresultat dieser Versuchsreihe stellte sich nach Bertheau heraus, dass in allen Fällen sich nach Inhalation tuberkulöser Massen eine Eruption kleinster Knötchen in den Lungen gleichmässig vertheilt etablirte, durch deren Confluenz sich miliare Knötchen mit leichter Zellwucherung in den Alveolarseptis und Alveolarinfiltration bildeten. Mehrere grössere Knötchen zeigten im Centrum den Beginn regressiver Metamorphose. Diese Knötchen spricht Verf. ihrem Bau, Sitz und übrigen Eigenschaften gemäss als Tuberkel an, von untergeordneter Bedeutung scheint ihm der Mangel an Riesenzellen inner-



halb dieser Knötchen zu sein, indem er die Ansicht, die die Anwesenheit einer Riesenzelle als unumgängliches Postulat für einen Tuberkel herstellt, für durchaus ungerechtfertigt hält.

Die reichliche Anhäufung von Pigment innerhalb dieser Knötchen, wie sie in einem der angestellten Versuche auftrat, führt Verf. auf Haemorrhagien in der Nähe dieser Knötchen zurück, als deren Residuum schliesslich Pigment zurückbleibt, von den Wanderzellen aufgenommen und von diesen überall hin, in die Tuberkel, die perivasculären und peribronchialen Lymphbahnen und in die Bronchialdrüsen verschleppt wird.

Dass die Tuberkelinfektion nur eine lokale, auf die Lungen beschränkte war, nur in 2 Fällen auf die Bronchialdrüsen überging, beruht nach Bertheau darauf, dass sich zwar in dem Organ, welches unmittelbar inficirt ist, eine lokale Tuberkulose entwickelt, die Allgemeininfektion jedoch vom Organismus überwunden wird. Diese Ansicht stützt sich auf die Thatsache, dass die Carnivoren, deren sich Verf. zu seinen Versuchen hauptsächlich bediente, im Gegensatz zu den Herbi- und Omnivoren sehr wenig zu tuberkulösen Erkrankungen disponirt sind.

Weitere Versuche von Bertheau, bei welchen die Thiere kurze Zeit nach den Inhalationen getödtet wurden, ergaben keine Veränderungen in den Lungen, so dass also die bei den früheren Versuchen gefundenen Knötchen nicht als Fremdkörperpneumonien anzusprechen sind, sondern als das Produkt eines specifischen Virus, welches erst nach einer längeren Inkubationszeit zur Entwickelung von Knötchen Veranlassung gab.

Experimente mit nicht tuberkulösen Massen riefen keine Tuberkulose hervor, so dass diese Versuche, nach der Ansicht des obigen Verfasser, zu Gunsten der Lehre von der Specificität der Tuberkulose verwerthbar wären.

Die Resultate von Schottelius, denen gemäss nach Inhalation von tuberkulösen, Darmkoth oder anderen organischen Substanzen immer miliare katarrhalische Pneumonien entstanden, nie aber Tuberkulose, erklärt Bertheau dahin, dass Schottelius weniger Sorgfalt auf die Herstellung der Inhalationsflüssigkeit verwandte, so dass gröbere Körnchen eingeathmet würden und in der Lunge entzündliche Processe hervorriefen, die die tuberkulösen nicht nur nicht verdeckten, sondern sogar das tuberkulöse Virus nicht zur Wirkung kommen liessen, es gleichsam durch die massenhafte Einführung in Zersetzung begriffener organischer Substanzen, wodurch eine reichliche Bildung von Fäulnissbakterien stattfand, vertilgten.

Weiterhin bespricht Verf. noch die Frage vom Inkubationsstadium und von der Contagiösität tuberkulöser Massen.

Bezüglich der Inkubationsdauer lässt sich nach den Versuchen von Bertheau angeben, dass dieselbe je nach der Thierspecies differirt, dass aber auch schon innerhalb derselben Species bedeutende individuelle Schwankungen bestehen, die von dem Alter, dem Kräftezustand und den Ernährungsverhältnissen abhängen.

Eine grössere Bedeutung legt Verf. der Contagiosität der Tuberkulose bei, da sie für die menschliche Pathologie von Wichtigkeit ist.



Dass die Phthise nicht eine noch grössere Verbreitung habe, wenn das phthisische Sputum in so hohem Grade infektiös ist, wie die Experimente zu ergeben scheinen, beruht nach Bertheau auf der Immunität eines grossen Procentsatzes der Menschen gegen das Tuberkelvirus oder darauf, dass der Infektionsstoff erst in dem Augenblick für den Menschen gefährlich wird, wenn Stagnationscentren in den Lungen entstehen, wenn ein Respirationshinderniss eintritt. Im weiteren Gange der Deduktion spricht Verf. sodann die Ansicht aus, das Tuberkelvirus verliere in seiner Vertheilung in der Atmosphäre durch Zersetzungen seine infektiösen Eigenschaften, so dass eine Infektion durch direkte Uebertragung von Mund zu Mund zu Stande käme.

Zum Schlusse seiner Abhandlung gibt Verf. das Gesammtresultat seiner Untersuchungen in folgenden 3 Sätzen:

1) Die Inhalation zerstäubter, tuberkulöse Substanzen enthaltender Flüssigkeit führt, wenn die corpuscularen Elemente in hinreichend feiner Vertheilung suspendirt sind, zunächst zu keinerlei Veränderungen in den Lungen.

2) Erst nach Ablauf einer bestimmten Inkubationszeit, die bei Hunden etwa 14 Tage beträgt, entwickelt sich in den Lungen eine Miliartuberkulose.

Die Infektion erfolgt sowohl nach Inhalation Leichen entnommener Tuberkelmassen, als auch nach Inhalation phthisischen Sputums.

Eschbaum.

---

4. **G. Ballet, Nouveau fact relatif aux localisations cérébrales; du centre psycho-moteur de la face.** (Neuer Beitrag zu den cerebralen Lokalisationen; über das psychomotorische Centrum für das Gesicht.) (Le progrès médical, Nr. 38, 1880.)

B. theilt aus der Salpêtrière folgenden Fall mit, welcher durch seine Einfachheit die Lage des Centrums für die Bewegungen des Gesichts (facial inférieur) mit grosser Präcision bestimmt.

Qu. A., 71 Jahre alt, leidet seit längerer Zeit an senilem Zittern; am Morgen des 2. August sinkt sie ohne Verlust des Bewusstseins zusammen; bei der Untersuchung ergibt sich eine Lähmung der linken Gesichtshälfte; die Bewegungen des linken Beines sind vollkommen intakt; auch der linke Arm wird frei bewegt; vielleicht ist die Kraft desselben etwas vermindert. Am Abend sind ausserdem der Kopf und die Augen nach rechts abgewendet, und der linke Arm ist deutlicher paretisch. Tod am 6. August. Die Sektion ergiebt einen geringen Grad von Atherom an den Arterien der Hirnbasis; an der äusseren Fläche der rechten Hemisphäre sieht man einen Herd von der Grösse einer Baumnuss, welcher ein rothes, frisches, 5 Gramm schweres Gerinnsel einschliesst; derselbe nimmt den unteren Theil der aufsteigenden Stirnwindung ein und wird nach unten von der fissura Sylvii begrenzt (Illustration); der untere Stirnstrang ist zerstört, der entsprechende Parietalstrang mitbetheiligt, die centralen grauen Kerne werden nicht erreicht.

Es hat also die am Morgen des 2. August in das untere Drittel der aufsteigenden Stirnwindung erfolgende Hämorrhagie sofort eine



Gesichtslähmung der entgegengesetzten Seite hervorgebracht; erst mehrere Stunden nachher trat, wahrscheinlich durch Ausdehnung des Herdes, die Lähmung des Armes hinzu.

E. Bardenhewer.

---

5. **Dr. Eug. Fraenkel,** Hamburg, **Beitrag zur Lehre von den Sensibilitäts-Neurosen des Schlundes und Kehlkopfes.** (Bresl. ärztl. Zeitschr. 1880. Nr. 16.)

Fr. berichtet über 11 von ihm beobachtete, in diese Kategorie gehörige Fälle. Hysterie, allgemeine Anaemie, Katarrhe und Ueberanstrengung der betreffenden Organe, erschienen als ätiologische Momente; 3 Mal liess sich ein solches nicht nachweisen. Die Erscheinungen bestanden hauptsächlich in Parästhesieen, unangenehmen, brennenden Empfindungen, Gefühl von Kratzen, oder eines im Schlunde festsitzenden Fremdkörpers, die bald continuirlich, bald in Unterbrechungen auftraten, und denen objektiv nichts ausreichendes entsprach. Ein 13jähr. Knabe bot den sog. „nervösen Husten" dar. Fr. konstatirte bei einigen Fällen eine enorme Hyperästhesie der Schleimhaut, besonders des Rachens, 2 Mal schien die verlängerte Uvula Ursache zu sein, da nach ihrer Abtragung Besserung eintrat. Gelegentlich gelang es Fr. Schmerzpunkte nachzuweisen, die den subjektiven Schmerzempfindungen nicht entsprachen; sie waren besonders gegen die negative Elektrode des konstanten Stromes empfindlich; diese Empfindlichkeit nahm während der Durchleitung des Stromes allmählich ab, und verlor sich in dem Maasse überhaupt, als die allgemeinen Beschwerden besser wurden. Es ist also künftig bei Feststellung pharyngealer und laryngealer Sensibilitätsneurosen nöthig, galvanisch erregbare Schmerzpunkte aufzusuchen.

Therapeutisch sah Fr. am meisten vom konstanten Strom, täglich, später seltener 4—5 M. Katode an der Halswirbelsäule, Anode an den Schmerzpunkten oder die reg. submaxill., laryng. tracheal. Von Narkoticis und Aetzmitteln sah Fr. keine oder nur sehr vorübergehende Wirkung. Umschläge mit handbreiten, in heisses Wasser getauchten, 6—8fach zusammengelegten Compressen $^1/_2$ Stunde bis länger, alle 2 Min. erneut, 2 Mal täglich, erwiesen sich oft nützlich; Kälte war schädlich.

R.

---

6. **Dr. Thenée,** Elberfeld, **Ein Fall von einseitigem Trismus.** (Berl. klin. Wochenschr. 1880. Nr. 37.)

Eine 55jährige Frau fiel am 4. Novbr. auf ebener Erde und zog sich eine 1 cm grosse Wunde an der Nasenwurzel zu, die mit Heftpflaster verbunden und weiter nicht beachtet wurde. Am 8. Novbr. Frösteln, leichte Röthung der Wundumgegend, Schmerzhaftigkeit vor dem linken Ohr. 10. Nov. Pat. geht im Zimmer umher, die Nasenwunde ohne alle Reizung, eitert leicht, das Periost des Nasenbeins, namentlich links ist abgelöst. Vollständige Paralyse der linken Gesichtsmuskulatur; hochgradige Contractur des linken Masseter und Temporalis, die als harte Stränge gefühlt werden, während rechts Alles



weich erscheint. Kein Fieber. Bei genauester Untersuchung der Mundhöhle ist nichts Abnormes zu finden. 12. Nov. Auch der rechte Facialis vollständig gelähmt, Sensibilität beiderseits erhalten. Masseter auch rechts kontrahirt. Spontan können die Kiefer mühsam auf $1^1/_2$ cm geöffnet werden, jedesmal folgt eine klappende Contraktion. 120 Puls, starker Schweiss. 13. Nov. etwas Nackensteifigkeit, fortdauernder Trismus, später plötzlicher Opistotonus mit etwa halbstündiger Wiederholung, schon Nachmittags 4 Uhr Tod durch Oedema pulmon.

Das Auftreten von einseitigem Trismus wurde bisher noch nicht beschrieben; gleichzeitige Facialislähmung ist sehr selten.

R.

---

7. **Dr. Hildebrand,** Neustadt-Magdeburg, **Ueber Nervendehnung.** (Deutsche medic. Wochenschr. 1880. Nr. 36.)

Verf. theilt kurz mit, dass er im Juni und Juli d. J. einmal am Nerv. ischiadicus sin. bei einer 32jähr. Frau die Dehnung wegen Ischias gemacht, die allen andern Mitteln getrotzt hatte; nach 8 Tagen war die Frau arbeitsfähig. Das andre mal dehnte er den Plexus brach. dextr., wo bei einem 32jähr. Bureauarbeiter, nach einer Durchnässung Schmerz und Steifheit sich von den Fingern in den Oberarm ausbreiteten und Verf. die Diagnose auf: „Neuritis des plexus brachialis" stellte. Auch hier brachten 6 kräftige Dehnungen sofortige Beseitigung der Schmerzen. Pat. hat seine Beschäftigung wieder aufgenommen.

R.

---

8. **Dr. Guermonprez, Affections sympathiques par la présence des Ascarides lombricoides dans l'intestin.** (Sympathische Affectionen durch die Anwesenheit von Ascariden in den Eingeweiden.) (Ref. in Gaz. méd. de Paris. S. 34. 1880.)

Der Fall betrifft ein Mädchen von 11 Jahren, welches früher nicht krank und nicht nervös gewesen sein soll. An einem Orte wohnend, wo Ascariden sehr häufig sind, entleert sie zu Zeiten welche. Nach einiger Zeit beginnt man sich zu beängstigen über die Abschwächung der Intelligenz und das sonderbare Wesen des Kindes. Sie zerreist ihre Kleider, entflieht aus dem Hause, wird verdriesslich, boshaft, das Gedächtniss ist ungetreu. In unregelmässigen Intervallen und ohne wahrnehmbare Ursache sind diese psychischen Störungen mehr prononcirt. In der Nacht ist sie unruhig, schlaflos. Dieser Zustand dauert einen Monat. In dieser Zeit ist die Unruhe fortwährend; stehend muss sie laufen, festgehalten macht sie unregelmässige, zwecklose Bewegungen mit den Beinen. Wenn P. sitzt macht sie uncoordinirte Bewegungen mit den Beinen; die oberen Extremitäten, besonders die Finger, sind niemals in Ruhe. Vergebens sucht sie einen Augenblick ruhig zu sein. Zu Zeiten treten Exacerbationen auf, sowohl über Tag als bei der Nacht, allein oder in Gegenwart von Anderen. Zu diesen Zeiten verliert das Kind das Gehör, und das Sehvermögen ist ernstlich gestört. Sie verliert das Wort, schneidet Gesichter und stösst nur einige unartikulirte, unverstehbare Laute aus. Oft fängt sie dann zu weinen an,



trostlos über ihre Ohnmacht. Andere Male wird sie bald boshaft und verfolgt einmal die Schwester mit einem Messer, bald ist sie wirklichen Hallucinationen unterworfen. Ihr Gang ist unsicher, ihre Schritte sind unregelmässig in Länge und Schnelligkeit. Bei jedem Schritt hebt sie das Knie beinahe bis an die Hüften und setzt die Füsse nieder auf den Boden, während sie die Fersen von einander entfernt. — Ausgenommen eine geringe Abmagerung, functioniren alle Organe gut. — Opium, Chloral, Kali bromatum in hohen Dosen, prolongirte Bäder bleiben ohne Effect. Dann werden dem Kinde wegen der Anwesenheit von Ascariden, und in Hinsicht auf das Aussehen desselben (halonnirte Augen, dilatirte Pupillen, gedunsenes Gesicht u. s. w.) vier Gramm Semen Santonini pro die gegeben. Den zweiten Tag entleerte sie 37 Ascariden per Anum, den folgenden Tag hat sich der nervöse Zustand merklich gebessert. In zwölf Tagen entleert sie ungefähr 80 Würmer. Ihr Zustand bessert sich während dessen. Nach zwei Monaten ist das Kind vollständig geheilt, welche Heilung seit zwei Jahren anhält.

Roux.

---

9. **Nine Cases of Sunstroke.** Neun Fälle von Sonnenstich. (N.-Y. Med. Rec. 21. Aug. 1880. S. 204.)

Es wird die klinische Geschichte dieser neun Fälle mitgetheilt, die in den Monaten Mai—Juli in das „New-York Hospital" aufgenommen wurden. Die Behandlung war: kalte Bäder (24° C. abgekühlt bis zu 18,5°), Eisbeutel auf den Kopf und feuchtkalte Einwickelungen, die man je nach dem Fieber häufig erneuerte. Innerlich gab man Cognac und Digitalis, zwei Fälle mussten wegen anhaltender Krämpfe anaesthesirt werden. Bei allen Patienten war die Körpertemperatur sehr hoch, 42,5—43,3° C. in recto, angeblich genau gemessen und kontrollirt. Vier dieser Fälle konnten nicht mehr gerettet werden.

Warren.

---

10. **Dr. W. Wagner,** Königshütte, **Fall von putrider Pleuritis mit Abstossung eines Stückes gangränösen Lungengewebes aus der Operationswunde.** Heilung.

Der 17jährige Bergmann W. wurde am 14. Okt. an mittelschwerer Dysenterie aufgenommen, dieselbe bei Salicylwasserausspülungen des Darmes geheilt. Nach 8tägiger Reconvalescenz, am 6. Nov. plötzlich Schüttelfrost und Stechen links. Pneumonie des Unterlappens. Auswurf glasig blutig, Temp. 41, Puls 120. Kräfte schlecht. Am 8. Tage Abfall auf 38,5, nach mehreren Tagen völliger Abfall; Crepitation hörbar, Sputum gelblich eitrig, gering. Nach 3tägiger Fieberlosigkeit am 24. von neuem heftiges Stechen links, Temp. 39,5. — 25. deutlich pleuritisches Exsudat, das am 27. bis zur Mitte der Scapula gestiegen war. Die Probepunction ergab dünnen, weisslichen Eiter von unangenehmem Geruch, darin eine Menge Fäulnissbakterien. Schnittoperation unter antiseptischen Cautelen im 8. J.C.R. nahe der Wirbelsäule, Entleerung von 700 grm riechenden Eiters. Ausspülung mit 3 % Carbollösung, dicker Drain, Listerverband. Täglich 2maliger Verband-



wechsel. Der Eiter verschlechtert sich, am 2. Decbr. ist sein Geruch aashaft. Temp. 40. Allgemeinbefinden schlecht; beim Verbandwechsel drängt sich eine bräunliche Masse gegen die Operationswunde. Mit der Kornzange wird ein 7 cm langes, 3 cm breites Stück Lungengewebes herausbefördert, an welchem Prof. Ponfick Gangrän und Hepatisation constatirte. Nach mehrtägiger Ausspülung mit 3 % Carbollösung verlor sich der üble Geruch und die Secretion nahm ab, das Allgemeinbefinden wurde besser. Am 15. Jan. wieder Temp. 40, Eiter übelriechend, mit elastischem Katheder wird ein Tassenkopf stinkenden Eiters entleert; beim Ausspülen mit 3 % Carbolwasser Husten mit Brechreiz, ein Theil des Carbolwassers wird per os entleert. Eingelassene gefärbte Flüssigkeiten werden ebenfalls per os entleert. Von jetzt ab Inhalation mit 2 % Carbolwasser. Am 7. Februar Fieberlosigkeit, kein übler Geruch des Eiters und Auswurfes, beide unbedeutend, aber eingegossene Flüssigkeit wird noch am 16. Febr. per os entleert. Der Drain fällt auf der Heimreise heraus, die Wunde schliesst sich sofort, jedoch ohne Nachtheil. Mit mässiger Einziehung heilt der Process, Spitzenstoss im 5. Intercostalraum links, 2 cm ausserhalb der Mamillarlinie. Am 5. Juni Arbeitsfähigkeit. R.

---

11. **Rindfleisch, Fibroma pulmonum multiplex.** (Virch. Arch. Bd. 81. S. 516.)

Ein zwölfjähriger Knabe im Juliushospital in Würzburg expectorirte mit dem Sputum grosse Menge einer klaren gelblichen Flüssigkeit, die nach einiger Zeit gerann und für Lymphe erklärt wurde. Die Diagnose blieb unklar, erst die Section brachte Aufklärung. Es fanden sich multiple hanfkorn- bis wallnussgrosse weisse, homogene, mässig derbe Geschwülste beider Lungen, die mikroskopisch als Fibrome, speciell auch auf Grund der Gefässanordnung, angesprochen werden mussten. Die Lymphdrüsen des Lungenhylus in gleicher Weise geschwellt. Die Knoten der Lungen sassen genau an den Stellen, an denen Arnold Lymphdrüsen-Gewebe in der normalen Lunge nachwies, an den Confluenzpunkten der pulmonalen Lymphgefässe. Viele unter ihnen hatten ein centrales Lumen, welches in den grössten Tumoren sehr weit war und mit dem Bronchus communicirte. Dieser Befund erklärte genügend die beobachtete Lymphorroea.

Ribbert.

---

12. **Prof. Heschl, Ueber die Bewegung eines bei angeborener Spaltung des Brustbeins freiliegenden Herzens.** Nach den Aufzeichnungen von weiland Herrn Dr. Kopčzyński in Krakau und eigenen Beobachtungen. (Deutsch. Arch. für klin. Med. Bd. XXVI. Heft 3 u. 4. p. 201.)

In der Frage der Bewegung der Herzspitze während der Systole stehen zwei Ansichen diametral gegenüber. Für ihre Ansichten machen die Autoren sowohl experimentelle Beobachtungen, wie solche, die an blossliegenden Herzen angestellt sind, geltend.



Verf. hat ein freiliegendes Herz bei einem eben geborenen Kinde beobachtet. Das Brustbein war in seiner ganzen Länge gespalten. In der oberen Sternalgegend lag das Herz des Pericardiums entblösst frei in einer Verticalen etwas nach aufwärts gegen das Kinn geneigt. „Das Herz ragt somit mit alleiniger Ausnahme des hinteren und über der linken Aurikel gelegenen Theiles des linken Vorhofes ganz nackt aus der Brust hervor.“

„Was die Richtung des Herzens anbelangt, so ist diese bei einer am Haupte etwas erhöhten Rückenlage vertical, so dass das Herz aus der Brusthöhle in seinem ganzen Umfange hervorragt, nach links und rückwärts geneigt ist und mit seiner Spitze während jeder Systole an die linke Seite des Unterkiefers des Kindes anschlägt. Hebt man das Kind derart, dass es eine sitzende Lage einnimmt, so erscheint die Lage des Herzens ganz senkrecht gegen die Oberfläche des Körpers gerichtet, und auch in dieser Lage hebt sich die Herzspitze nach oben gegen das Kinn und etwas nach links.“

[Das Herz macht somit eine deutliche Hebelbewegung und zwar in einer grossen Excursion, etwa 90°. Die Ursache dieser Hebelbewegung während der Ventrikelsystole mit der starken Kreisbewegung der Herzspitze nach oben und links ist offenbar nichts Anderes als die während derselben stattfindende Füllung des rechten Vorhofes, durch welche derselbe anschwillt. Da er aber auf der festen Unterlage der zwischen den Sternalrändern ausgespannten Membran aufruht, so muss er sich, so wie sich die Wand eines schlaffen auf einer festen Unterlage ruhenden Ballons bei der Füllung des letzteren von der Unterlage mit Ausnahme der unterstützten Stelle entfernt, nothwendigerweise mit den nicht aufruhenden Theilen seiner Wandung selbst von dieser abheben und eine Erhebung der mit ihm unzertrennlich verbundenen Kammern und somit auch der Herzspitze, d. i. Entfernung derselben von der Thoraxfläche herbeiführen. Entleert sich der Vorhof in den Ventrikel, so vermindert sich sein Volumen und die Herzspitze sinkt herab. Das Aufwärtsrücken der Herzspitze ist demnach lediglich im Sinne einer Hebelbewegung des ganzen Herzens mit dem Fixpunkte im rechten Vorhof oder besser der Bewegungsaxe durch den oberen Theil des rechten und den vorderen unteren des linken Vorhofes aufzufassen. Dadurch, dass der linke Vorhof, als mit Ausnahme der Aurikel im Thorax eingeschlossen, nur zum kleinsten Theile die Bewegung mit verursachen kann, muss die Bewegung der Spitze gleichzeitig nach oben auch etwas nach links gerichtet sein, wie es thatsächlich der Fall war.]

Die rechte Vorkammer verhielt sich passiv während der ganzen Systole und während des grössten Theils der Diastole; nur am Ende der Kammerdiastole machte sie eine kurze energische Contraktion. „Der Längendurchmesser des Herzens, Kammer und rechtes Ostium zusammengenommen, schien während der Systole und Diastole ganz gleich zu bleiben. Beim unmittelbaren Anlegen des Ohres an das rechte Herz konnte sowohl der erste als der zweite Ton rein und stark vernommen werden, ebenso, wenn man das Stethoskop dem Herzen nahe anlegte.“

„Die Erhebung der Herzspitze kann in zweierlei Sinn erfolgen:



entweder als Ausdruck der Verkürzung des Längendurchmessers des Herzens, wodurch sich dessen Spitze der Basis nähert, d. h. die Längenaxe des Herzens nach aufwärts rückt, . . . . oder es kommt thatsächlich eine Hebelbewegung des Herzens, richtiger die Beschreibung eines Kreisbogens (hier um etwa 90° Länge) durch die Herzspitze und zwar um eine horizontale von rechts nach links gehende Axe vor."

Aber besonderer Nachdruck wird darauf gelegt, „dass die Bewegungen eines derartigen ganz freiliegenden Herzens mit denen eines im Pericardium und Thorax eingeschlossenen selbstverständlich wohl verglichen, aber nicht zur Darstellung der Funktionsart des letzteren verwendet werden können." Finkler.

---

13. **Stone** (Savannah, Ga), **A case of abscess of the spleen.** Fall von Milzabscess. (N.-Y. Med. Rec. 21. Aug. 1880. S. 204.)

S. behandelte einen jungen Mann aus einer Malariagegend, der seit einem Jahre an Remittens litt. Bei seiner Aufnahme ins Spital bestand hohes, Abends remittirendes Fieber und Schmerzhaftigkeit der Milzgegend. Die Milzdämpfung reichte bis zur Medianlinie, nach unten fast bis zum Becken. Das Fieber verminderte sich bald, während der Kräftezustand sich langsam verschlechterte. Nach 5 Wochen wurde der Tumor fluctuirend. Mittelst des Aspirators entfernte man 1000 ccm Eiter. Dieses Verfahren wurde in den nächsten 2 Wochen noch 2 Mal wiederholt. Eine Woche darauf incidirte man über der Crista und entleerte noch 250 ccm Eiter. Die hieraus entstandene Fistel eiterte immer fort bis zum Tode des Pat. nach weitern 4 Wochen. Bei der Sektion konnte man nur das Abdomen berücksichtigen. Von der Milz war nur die Kapsel zu finden, die übrigen Organe waren unverändert.

Warren.

---

14. **Salkowsky, Ueber die Wirksamkeit erhitzter Fermente, den Begriff des Peptons und die Hemialbumose Kühne's.** (Virch. Arch. Bd. 81. S. 552.)

Nachdem Verf. kurz die Anschauung als richtig bezeichnet und durch angeführte Versuche belegt hat, dass staubtrockene Fermente eine Erhitzung über 100° sehr wohl vertragen, ohne an Wirksamkeit einzubüssen, berichtet er über seine Beobachtungen an dem bei der Magenverdauung neben Syntonin und Pepton entstehenden Zwischenprodukte. Adamkiewicz hatte gezeigt, dass die durch Digeriren von Fibrin im künstlichen Magensaft resultirende Lösung mit Essigsäure + Ferrocyankalium einen Niederschlag giebt, der sich beim Kochen wieder löst und der demnach nicht auf Eiweiss bezogen werden kann. Er darf aber auch nicht Pepton genannt werden (nach Adamkiewicz), da nach 2 Tage lang fortgesetzter Digestion die Verdauungsflüssigkeit die Reaction nicht mehr zeigt, zu einer Zeit also, wo alles Fibrin in das gewöhnlich so genannte Pepton umgewandelt ist. Die Zwischensubstanz ist leicht zu isoliren, wenn man aus einer Verdauungsflüssigkeit das Syntonin entfernt und dann nach starker Ansäuerung mit Essigsäure überschüssiges gepulvertes Kochsalz zusetzt



und schüttelt. Die Substanz fällt als schneeweisses Pulver aus und zeigt eine Reihe von im Original genauer nachzusehenden Reactionen, die ganz mit denen der Hemialbumose Kühne's übereinstimmen. Verf. hält darnach beide Substanzen für identisch. Es entsteht also bei Fibrinverdauung ein Körper, der nicht Eiweiss und nicht Pepton ist, sondern ein Zwischenprodukt, und höchstwahrscheinlich mit dem Bence-Jones'schen Eiweisskörper übereinstimmt.

Ribbert.

---

15. **Catillon, Ernährung vom rectum aus.** (Aus dem Referat der Gazette des hôpitaux, Nr. 106, 1880, über die in der medicinischen Section des Congresses der Association française pour l'avancement des sciences zu Reims gehaltenen Vorträge.)

C. ernährte zwei Hunde zwei Monate lang mit Eier-Lavements; der eine bekam die Eier allein, der andere ausserdem Glycerin-Pepsin. Der erstere blieb kaum am Leben, und verlor beträchtlich an Gewicht; der zweite blieb in normalem Zustand, Temperatur und Gewicht blieben konstant. Als am 37. Tage das Pepsin weggelassen wurde, verlor auch der zweite Hund in vierzehn Tagen 2,750 Kilo an Gewicht und die Temperatur sank von 39° auf 37,2°.

In einer zweiten Serie von Versuchen zeigt C., dass man mit präparirten Peptonen zu demselben Resultate gelangt. Bei einer regelmässigen, täglichen Nahrung, bestehend aus 300 gr Fleisch, 350 gr Brod und 300 gr Kartoffeln, schied er täglich 23,50—24,50 gr Harnstoff aus; Körpergewicht 71,900 Kilo. Dann nahm er drei Tage kein Fleisch; der Harnstoff sank auf 15,60 gr, das Körpergewicht auf 71,400 Kilo. Während der acht folgenden Tage nahm er statt des Fleisches Fleischpepton; der Harnstoff stieg auf 30,05 gr, das Körpergewicht auf 72,300 Kilo. Während vier Tagen nahm er die gleiche Menge Pepton in Lavements; Gewicht und Harnstoffmenge blieben dieselben.

E. Bardenhewer.

---

16. **Prof. Dr. Franz Chvostek, Die Krankheiten der Nebennieren.** (Wiener Klinik 8. u. 9. Heft. p. 221.)

Den Eingang bildet eine geschichtliche Notiz, wonach Lobstein (1823) bei einem 25jährigen weiblichen Individuum, das epileptiformen Anfällen erlegen war, eine tuberkulöse Degeneration der beiden Nebennieren und Verdickung ihrer Nervenstämme gefunden hat; während erst Addison (1855) mit der Erkrankung der Nebenniere einen eigenthümlichen Symptomenkomplex zusammenbrachte. Dem folgt eine anatomische Beschreibung des Organs und die Besprechung der Ansichten seiner physiologischen Funktion, welche so verschieden sind, dass das Organ von manchen als Blutgefässdrüse, von manchen als Theil des sympathischen Nervensystems angesprochen wird, während nach der Klebs'schen Hypothese eine Bildung braunen Farbstoffs, vielleicht aus Blutkörperchen, und Wiedereinführung desselben in den Blutstrom Bestimmung des Organs ist.

Es werden dann besprochen die Missbildungen, Hypertrophie und



Atrophie, Entzündungen der Nebennieren. Es kommt vor: akute Entzündung mit Vereiterung und Abscessbildung des Organs, hämorrhagische Entzündung, beide unter dem Bilde typhöser Erkrankung. Ebensc selten wie diese: subakute Entzündung. Relativ am häufigsten ist chronische. Vielleicht handelt es sich hierbei zunächst um die Bildung einer homogenen, fleischigen, graurothen Substanz, die an Stelle des Markes tritt und aus einem amorphen Exsudat zu bestehen scheint. (Noch keine Entzündung, weil keine Vermehrung zelliger Elemente (Klebs).) Dann erst entsteht Entzündung mit Ausgang entweder in Eiterung, Abscessbildung und eventueller Perforation in andere Organe, oder Abkapselung, Käsebildung und Verkreidung des Eiterherdes (hierhin gehören nach Förster vielleicht manche Fälle, die als Tuberkulose beschrieben), oder Ausgang in fibroide Degeneration, oder sehr selten in Cystenbildung.

2 Fälle als Paradigmata. In einem Falle Entzündung beider Nieren, Nebennieren, Perinephritis, Psoasabscess. An Stelle beider Nebennieren ein dickhäutiger mit Eiter gefüllter Hohlraum. Im 2. Falle: narbige Atrophie der rechten Nebenniere mit Congretionen in derselben, narbige Einziehungen geringen Grades auf der rechten.

Nach Bärensprung werden bei der hereditären Syphilis nächst der Leber und den Lungen am häufigsten die Nebennieren in den syphil. Process hineingezogen; Fettdegeneration und Amyloid ist dabei beobachtet. Ch. führt eine eigene Beobachtung an, wo narbige Einziehungen und Amyloiddegeneration beider Nebennieren bestand.

Carcinome der Nebennieren, neben den entzündlichen Processen am häufigsten, kommen als Markschwamm und Scirrhus vor, Epitheliome scheinen nicht beobachtet, primär (bisweilen von bedeutender Grösse) und sekundär. Sarcome kommen ebenfalls vor, vorzugsweise Melanosarcome.

„Von sämmtlichen pathologischen Processen der Nebennieren ist die Tuberkulose derselben die häufigste. Die Miliartuberkulose kommt in denselben nur selten vor . . . Die chronische Nebennierentuberkulose ist fast stets eine sekundäre . .“ Die Organe erscheinen vergrössert, hart und höckerig, Kapsel verdickt, hängt sehr häufig mit den Nachbartheilen fest zusammen. Auf dem Durchschnitt käsige Knoten im fibrösen Gewebe, die verkalken oder erweichen können. (Mehrere Krankengeschichten und Sektionsbefunde.)

Der Begriff der Addison'schen Krankheit scheint Ch. als eigne Krankheitsspecies ziemlich berechtigt. In Anbetracht einer so grossen Zahl gut beobachteter publicirter Fälle, in denen der Symptomenkomplex mit Erkrankung der Nebennieren vergesellschaftet war, macht die Wahrscheinlichkeit des Zusammenhangs beider sehr gross. Exstirpation der Nebennieren mit negativem Erfolg liefern keinen Gegenbeweis; es können auch Milzexstirpationen und Entfernungen von Hirnrindenportionen gemacht werden, ohne von schweren Symptomen gefolgt zu sein.

Gegen die Einwände, die sich darauf stützen, dass Erkrankungen der Nebennieren ohne den Add. Symptomenkomplex gefunden sind, richtet sich die Idee, dass die Symptome nur eintreten, wenn die Störungen sich auf nervöse Elemente verbreiten und Hutshinsons Annahme, dass eine längere Funktionsunfähigkeit dazu gehöre.



Folgt dann eine Zusammenstellung der Ansichten und Hypothesen der Autoren über die Addison'sche Krankheit, die hier nicht wiedergegeben werden können. Die Diagnose stützt sich auf das gleichzeitige Vorhandensein einer durch nichts zu erklärenden Anaemie und Verfall der Kräfte, der schweren Nervensymptome (Schwindel, Schlaflosigkeit und Schlafsucht, Abnahme der geistigen Energie und Intelligenz, Delirien, Neuralgien, Convulsionen, epilept. Anfälle) oder gastrischen Störung und eigenthümlichen Hautverfärbung (dunkle Farbe des Gesichts, Nackens, Hand- und Fingerrücken, Genitalien, dunkle Flecken auf der im übrigen gleichmässig gefärbten Haut, Weissbleiben der Nägel und Conjunctiven), bei chronischem Verlaufe der Krankheit.

Blutgeräusche kommen nur sehr selten vor. In den akut aufgetretenen und rasch zum Tode führenden Fällen ist die Diagnose derzeit unmöglich, da bis jetzt nur sehr wenige Beobachtungen vorliegen. Diätetische und symptomatische Behandlung.

Finkler.

---

17. **Stricker, Weitere Mittheilungen über Hypertrichosis.** (Virch. Arch. Bd. 81. S. 567.)

Verf. macht einige neue Mittheilungen über abnorme Behaarung von Frauen, wie er sie in 2 genauer angegebenen Büchern verzeichnet fand.

Ribbert.

---

18. **Wortabeh,** Beirut, **Beobachtungen über Vorkommen der Bilharzia haematobia.** (Virch. Arch. Bd. 81 S. 578.)

Distomum haematobium beherbergende Menschen fühlen sich angegriffen und entleeren unter Beschwerden mit dem Urin einige Tropfen Blut. In diesen werden stets Eier von Distomum gefunden, in denen der Embryo zuweilen noch sich bewegt und den man aus seiner Umhüllung durch Druck auf das Deckglas befreien kann.

Ribbert.

---

19. **Ludw. Meyer,** Professor in Göttingen, **Ueber die temporisirende Wirkung der Hypnotica.** (Berl. klin. Wochenschr. 1880. Nr. 37.)

M. empfiehlt zunächst das Bromkali als Hypnoticum in der Manie, aber nicht in wiederholten kleinen Dosen, sondern in einmaliger Abenddosis von 2—4 gr; ein laues Bad mit kühler Berieselung von Kopf und Rücken in der frühen Abendstunde vorauszuschicken, ist nützlich. Oft tritt ein kürzer oder länger dauernder Erfolg nach einmaliger Anwendung auf, das Mittel wird nur bei Wiedererscheinen der Schlaflosigkeit wiederholt. Hieran knüpft M. die Bemerkungen über „das temporisirende Verfahren beim Gebrauch schlafmachender Mittel". Man giebt das Hypnoticum nur einmal und wartet bei einigermassen genügendem Erfolge ab. Manchmal ist die Wirkung noch auf ein oder mehrere Nächte, manchmal für länger eine ausreichende. Erst wenn der Schlaf wieder erheblich gestört ist, giebt man eine zweite Dosis. Es wird vor Allem die Gewohnheit vermieden, was besonders für



Vermeidung von Morphinismus .von Wichtigkeit ist. Diese länger dauernde Wirkung einmaliger Verabreichung lässt sich nicht als „Nachwirkung“ erklären. Die gereichten Substanzen müssen dann längst aus dem Körper wieder ausgeschieden sein. M. hält zur Erklärung sowohl die Periodicität des Schlafes, als psychische Einwirkung geeignet. Während allgemeine Ermüdung, z. B. durch Spazierengehen empfohlen wird, rühmt M. mehrtägiges Bettliegen für aufgeregte, schlaflose Kranke. Das psychische Moment anlangend gilt es, dass die Kranken sich „gedankenruhig“ machen, und die Schlafmittel wirken vielleicht länger in der Art alter Zaubermittel, weil die Kranken, die einmal wieder geschlafen haben, durch die Ueberzeugung, dass sie wieder schlafen werden, jene „Gedankenruhe“ erlangen.

R.

---

20. **W. Wilckinghoff, Medicinische Beiträge zur Kenntniss der Arnica montana.** (Inaugural-Dissertation. Bonn. 1880.)

Verf. theilt nach vorgehender Angabe der pharmakologischen und toxikologischen Litteratur von Arnica montana eine Reihe eigener Versuche und die aus denselben erhaltenen Resultate mit. Benutzt wurde ein Extractum Arnicae, welches nach der von Wilms angegebenen Methode mit Chloroform gewonnen war. Dieses Extract, auf Wachstaffet gestrichen, applicirte W. sich selbst an verschiedenen Körperstellen, nach drei bis vier Tagen hatte sich ein mehr oder weniger starkes Erythem entwickelt unter gleichzeitigem Auftreten miliarer bis linsengrosser, eiterhaltiger Bläschen.

Zu den Thierversuchen benutzte Verf. dasselbe Extract, jedoch in Form einer mit Sodalösung hergestellten Emulsion. 0,25—0,30 gr des Extracts in Emulsion subkutan applicirt, tödteten Kaninchen innerhalb weniger Tage, ebenso erwies sich die Arnica als für Kaninchen deletär wirkend, wenn sie durch Inunction der Haut einverleibt wurde. Die Section ergab Entzündungserscheinungen namentlich des Intestinaltractus und der drüsigen Organe des Abdomens. Der Tod trat ein unter den Zeichen progressiver Lähmung der Nervencentren, insbesondere des Respirationscentrums.

Nach 10 Tagen zeigte sich die zu den angeführten Versuchen benutzte und in grösserer Menge dargestellte Emulsion bei Kaninchen und Hunden selbst in erhöhter Dosis wirkungslos. Das Präparat war also durch Stehen unwirksam geworden.

Ausserdem aber fand Verf., dass 5 Monate nach Anfertigung der alkoholischen Arnicatinctur etwa 3 mal so viel an Quantität derselben verwandt werden musste, um eine gleich grosse Menge von Chloroformextract zu gewinnen wie das erste Mal. Im Anschluss an diese Beobachtung untersuchte W. gleiche Quantitäten aus den hiesigen Apotheken entnommener Arnicatincturen. Die vier benutzten Proben ergaben verschiedene Mengen von Chloroformextract; ebenso abweichend zeigten sich auch die Wirkungen der vier Auszüge. Verf. stellte mit denselben an sich selbst in der oben geschilderten Weise Versuche an und fand, dass die verschiedenen Extracte die Haut in der Weise afficirten, dass sich entweder nur Erythem mit miliaren Bläschen oder



aber ausgebildete bullae, wie nach Cantharidinwirkung, entwickelt hatten.

Diese verschiedene Wirkung führt W. darauf zurück, dass entweder die verwendeten Flores Arnicae von verschiedenen Standorten gesammelt waren oder dass durch das höhere oder geringere Alter der benutzten Tincturen eine mehr oder weniger weitgehende Zersetzung des scharfstoffigen Agens der Arnica sich ausgebildet hatte.

Ein Gramm „Arnicin“, im Werthe von 3 Mark aus einer renommirten chemischen Fabrik bezogen und mit Sodalösung in seiner ganzen Menge einem Kaninchen subcutan applicirt, zeigte sich innerhalb 5 Tagen wirkungslos. Dann absichtlich vorgenommene Tödtung und Section ergab nur Abscessbildung im Unterhautzellgewebe, entsprechend den Injektionsstellen, das abscedirte Gewebe war vom Arnicin deutlich gelb verfärbt.

Die Schlüsse, welche Verf. aus seinen Untersuchungen und den in der Litteratur niedergelegten anderweitigen Beobachtungen zieht, sind:

„Der weingeistige Auszug der Arnicablüthen enthält ein Gift, „welches äusserlich aufgelegt cantharidin-ähnliche Wirkungen hat, und „welches innerlich in langsamer Weise Lähmung der Nervencentren „und ätzartige Schädigungen einzelner Organe erzeugt. Dieses stimmt „mit den Vergiftungsberichten am Menschen überein.“

„Der wirksame Körper der Arnicatinctur kann sich beim Aufbe-„wahren derselben bis zur vollen Unwirksamkeit abschwächen.“

Schulz.

## Neue Bücher.

Ballouhey, De l'électricité appliquée au traitement de l'occlusion intestinal. Paris, Parent.

Barthélemy, Recherches sur la variole. Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Bignon, De l'ainé varioliforme. Paris, Parent.

Bompard, Etiologie du muguet; observations du muguet de l'oesophage chez l'adulte. Paris, Parent.

Decouvelaere, Nouveau traitement de l'hydrocèle vaginale à l'aide de quelques gouttes d'une faible solution de perchlorure de fer. Lille, Danel.

Dumouly, Recherches cliniques et expérimentales sur l'action hypothermique de l'alcool. Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Jalagnier, De la lymphangite aiguë à forme gangreuse. Paris, Masson.

Laurent, Modifications des bruits du coeur dans la cirrhose du foie. Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Laville, On gout and rheumatism. Paris, Noblet.

Marchand, Contribution à l'étude des néoplasies de l'oesophage et en particulier des accès de suffocation et de la pseudo-angine de poitrine. Paris, Parent.

Moynac, Manuel de pathologie et de Clinique médicales. Paris, Lauwereyns. 7 fr. 50 ctm.

Ozil, Etude bibliographique et clinique du nitrite d'amyle. Lille, Danel.

Petitjean, Contribution à l'étude de l'hydramnios. Paris, Parent.

Roque d'Orbcastel, de la tuberculisation d'origine traumatique. Paris, Parent.

Tauleigne, De l'emploi de la pilocarpine dans la bronchite et dans la pleurésie. Paris, Laloux fils et Guillot.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.





Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen nebst Titel und Register.

# Centralblatt für KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigirt von

**Dr. H. Rühle,** Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

**Dr. D. Finkler,** Privatdocent und Assistent an der medicin. Klinik in Bonn.

**1880. 13. October. Nro. 30.**

**Inhalt.** Referate: 1. **Wernich**, Ueber den gegenwärtigen Stand der Desinfektions-Frage. — 2. **Lübben**, Vorschläge an die Wanderversammlung des Allg. ärztlichen Vereins von Thüringen betreffs der projectirten gemeinschaftlichen Erhebungen über Abdominaltyphus. — 3. **Eitelberg**, Ein Fall von Purpura variolosa. — 4. **Newton**, Case of Stramonium-poisoning. — 5. **Keating**, Ergot-poisoning. — 6. **Hartmann**, Ueber Sigmatismus und Parasigmatismus. — 7. **Rockwell**, On the Value of the Galvanic Current in Exophthalmic Goître. — 8. **Peabody**, Ruptur eines Aortenaneurysmas in die Pleurahöhle. — 9. **Rossbach**, Eine neue Anaesthesirungsmethode des Kehlkopfes. — 10. **Uffelmann**, Ueber die Methode der Untersuchung des Mageninhalts auf freie Säuren. Versuche an einem Gastrotomirten. — 11. **Köhnhorn**, Ueber die Entstehung der Darmgeschwüre bei Lungenschwindsucht. — 12. **Finger**, Ueber Cystitis und Pyelitis blennorrhagica. — 13. Nierentumoren bei Kindern (Krebs und Myxosarkom). — 14. **Günther**, Die Anwendung der Elektricität in der Medicin, exclusive der Krankheiten des Nervensystems. — 15. **Fischer**, Der Winter 1879/80 auf Madeira.

1. **Dr. Wernich, Ueber den gegenwärtigen Stand der Desinfektions-Frage.** (Wiener Klinik. VI. Jahrg. 1880. Heft 7. p. 199.)

Verf. leitet ein mit einer Begriffserklärung der Desinfektion und Trennung dieses Begriffs von der Desodorisation, illustrirt beide Vorgänge durch geschichtliche Darstellung der hierher gehörigen Massregeln verschiedenster Menschen gegen die verschiedensten Infektionen. Heutigen Tages hat die Anschauung sich Eingang verschafft, dass es sich bei der eigentlichen Desinfektion um die Unschädlichmachung wirklich inficirender Krankheitserreger handelt, während der Zerstörung stinkender Gase nur ein nebensächlicher Werth zukommt.

Das Wesen der inficirenden Krankheitserreger liegt nicht in Vorgängen, welche analog den „katalytischen Processen“ als rein chemischer Natur aufzufassen sind, sondern für sie ist die Eigenschaft der Reproductionsfähigkeit schlechterdings erforderlich.

In ihr ist die einzige hinfällige Eigenschaft gegeben, welche die niedrigsten Mikrokokken von leblosem Moleculardetritus unterscheidet. Es ist deshalb auch kein Beweis für die Wirkungsfähigkeit eines Desinfektionsmittels, wenn sich diese oder jene Vibrionen nicht mehr bewegen. Abgesehen davon, dass es gefährliche Mikroorganismen gibt, welche sich nicht bewegen, ist für andere weder die Bewegung der Ausdruck des Lebens, noch die Unbeweglichkeit ein Zeichen des Todes.



Es besteht eine grosse Zahl der Substanzen, deren Wirkung auf Gährungs- und Fäulnisserscheinungen untersucht wurde, mit dem Bestreben, ihren Werth als Desinficientien festzustellen. Die Theorien, welche über deren Wirkungsweise bestehen, sind widersprechend (mechanisch, chemisch, das schädliche Agens unthätig erhaltende Wirkung ist möglich). Die antiseptischen Mittel bei der Wundbehandlung wirken in dreifacher Weise: direkt abtödtend — abhaltend — entwicklungshemmend durch Sterilisirung des Nährbodens.

Die Objekte, auf welche sich die Desinfektion zu erstrecken hat, sind nach folgenden Gesichtspunkten behandelt:

I. Solche, an welchen eine Abtödtung der in ihnen präservirten Krankheitserreger überhaupt nicht möglich ist.

„Die Praxis den ansteckenden Kranken gegenüber wird sich in Anerkennung der Schwierigkeiten, welche einer reellen Unschädlichmachung der Krankheitserreger im Menschen entgegenstehen, noch lange durch das Mittel der möglichsten Abtrennung des Kranken von den Gesunden, durch Isolirung, helfen müssen.“ Den kranken wie den gesunden Menschen gegenüber, die Krankheitsträger sein können, werden die weitgehendsten Anwendungen von Bädern, Douchen, Spray u. dgl. empfohlen. Wenn es sich um Abtödtung von Krankheitserregern handelt, sind wir der Luft gegenüber machtlos. „Um so mehr verdienen, da das Uebertreten und Verschlepptwerden entwicklungsfähiger Keime durch die Luft auch für die Mikroorganismenkeime unzweifelhaft feststeht, diejenigen Vorschriften Beachtung, durch deren Befolgung ein Freibleiben, resp. eine Befreiung der Krankenhausluft von schädlichem Staube erreicht werden kann.“ (Vermeidung jeder Stauberzeugung.)

„Der Erdboden, das Grundwasser, die fliessenden Wasser und Brunnen sind in noch höherem Masse als die bereits besprochenen Medien einer reellen Desinfektion unzugänglich. Man versucht deshalb entweder die Keime an den Boden zu binden (Nasserhalten) oder durch Austrocknen, Anbau etc. das Fortkommen und die Entwicklung unmöglich zu machen.

II. Desinfektionsmassregeln für Objekte, an welchen die Abtödtung der Krankheitserreger nicht ausführbar ist, weil sie im Widerspruch mit anderen berechtigten Interessen steht.

a) Menschliche Leichen. Die Gefahr der Ansteckung durch Leichen ist keine unbedingte. Bei der Beerdigung machen es die Vorgänge der Fäulniss und der Verwesung wahrscheinlich unmöglich, dass noch Krankheitserreger bestehen können. Von Wichtigkeit ist nur Trockenlegung der Begräbnissplätze, Zutritt von Säuren und Sauerstoff, weil so die Schimmelbildung und Verwesung schnell und überwiegend an die Stelle der Fäulniss und jeder anderweitigen partiellen Spaltpilzzersetzung tritt. Den Thierkadavern gegenüber sollte die Verbrennung in weit umfangreicherer Weise zur Verwendung kommen.

b) Wohnhäuser, Hospitäler etc. lassen meist nur Palliativmassregeln auf sich anwenden. Ausschwefeln, Abwaschen, Wand- und Bodenbesprengung mit Carbolsäure, Kressyl, Salicylsäure, mit heissem Wasser und Wasserdampf, sowie mit Aetzkalk und Aetznatron, Fixirung der schädlichen Stoffe durch gewissen Grad von Feuchtigkeit; staubvermeidende Entfernung der obersten Schichten der Wände etc.



durch Abkratzen unter Spray. Eine wirkliche Abtödtung der in organische Stoffe aufgenommenen Krankheitserreger kommt der Zerstörung solcher Gegenstände mehr weniger nahe. Trockene Hitze von 115—150° ist ein prompteres Mittel als Ausräucherung.

III. Massregeln für Objekte, bei welchen die Abtödtung der Krankheitserreger nur von der Vollendung der technischen Encheirese abhängt: Abwaschen mit Carbolsäure, Ausglühen, Kochen etc.

Menschliche Excrete werden die rücksichtsloseste Anwendung der Desinficientien erfahren müssen. Bei Epidemien solche Mengen von Desinfektionsmitteln anzuwenden, welche wirklich nützen können, ist nach Camerer unmöglich. Wichtig ist deshalb die Art der Fortschaffung; die Desinfektion der einzelnen Ausleerung durch Vermischung mit gedörrter Erde oder durch die von Camerer erprobten Mittel im Verhältniss von 1 : 20 wird eher ausführbar sein.

„Je bewusster und konsequenter wir jede Desinfektionsthätigkeit abhängig machen von der Erkenntniss des Wesens der Krankheitserreger und dem Bestreben, dieselben möglichst umgrenzt und isolirt der beabsichtigten Einwirkung auszusetzen, desto erfüllbarer erscheint die wirkliche Ausführung unserer Zwecke."

Finkler.

---

2. **Dr. Lübben's Vorschläge an die Wanderversammlung des Allg. ärztlichen Vereins von Thüringen betreffs der projectirten gemeinschaftlichen Erhebungen über Abdominaltyphus.** (Abdruck aus den Correspondenz-Blättern des Allgem. ärztlichen Vereins von Thüringen Nr. 7. 1880.)

Gemäss dem auf der zwölften Generalversammlung zu Erfurt am 27. Mai a. c. gefassten Beschlusse, von Vereinswegen wieder krankenstatistisches Material zu sammeln, wird den Herren Collegen folgender Untersuchungsplan über Aetiologie des Abdominaltyphus mit der Bitte um recht zahlreiche Mitwirkung vorgelegt. Die vielen in diesem Winter im Vereinsgebiete aufgetretenen Typhusepidemien werden hinreichendes Material zur Beantwortung mancher ätiologisch bisher unklarer Punkte bieten, wenn gemeinsame Arbeit dies beschafft. Nicht möge sich aber der oder jener der Herren Collegen abhalten lassen, mitzuwirken, weil er nicht alles Verlangte beantworten zu können glaubt, so z. B. stosse sich keiner daran, dass ein Ortsplan verlangt wird, es genügt völlig ein solcher auf sog. Pauspapier (Paradezeichnungen werden nicht verlangt), es ist nur nöthig, dass Wohnhäuser und unbewohnte Nebengebäude verschieden bezeichnet, die Häuser mit Krankheitsfällen durch irgend ein Zeichen markirt werden. Jeder möge beantworten, soviel er kann. Gehen über eine und dieselbe Epidemie mehrere Berichte z. B. vom behandelnden und dem amtlichen Arzte oder von zwei behandelnden Aerzten ein, so wird dies der Sache nur förderlich sein: es möge sich nicht der eine darauf verlassen, dass der andere ja für ihn mitberichte[1]).

1) Berichte aus Epidemien in früheren Jahren sind gleichfalls sehr willkommen.



Der Untersuchungsplan selbst ist folgender:

I. Ortsbeschreibung.

Geognostische und physikalische Beschaffenheit des Bodens.

Lage zu benachbarten Bergen und Höhenzügen, Bächen und Flüssen.

Seehöhe.

Anzahl der Bewohner und Häuser, Wohlhabenheit. (wie war die letzte Ernte?)

Auszug aus den Pfarramtsbüchern für die rückwärts liegenden Jahre in Bezug auf Anzahl der Geburten, Heirathen, Todesfälle und etwaige Epidemien.

Bauart der Häuser im Allgemeinen, Aborte, Miststätten etc.

Was ist über frühere epidemische Krankheiten des Ortes bekannt, speziell über frühere Typhusepidemien, wann war die letzte? in welcher Ausdehnung.

II. Meteorologische Verhältnisse.

Welches ist die mittlere Temperatur, mittlere relative Feuchtigkeit, der mittlere Dunstdruck, der mittlere Barometerstand des Ortes selbst, resp. eines benachbarten in den verschiedenen Monaten des Jahres?

Welche Abweichungen waren vor Beginn der Epidemie resp. zur Zeit dieser nachweisbar?

Was ist über Grundwasserstand und dessen Schwankungen bekannt?

Was über die Bodenwärme?

III. Trinkwasser und Nutzwasser.

Ist das Trinkwasser für den ganzen Ort dasselbe, oder sind verschiedene Leitungen in Gebrauch?

Hat schon vor der Epidemie eine Wasseranalyse stattgefunden? von wem wurde sie gemacht? und was ergab sie?

Was ergab die Analyse zur Zeit der Epidemie?

IV. Gewinnung des Zahlenmaterials über Anzahl der Erkrankten und Gestorbenen, über Anzahl der befallenen Häuser.

Hierzu dient die beigefügte Tabelle. Auf einem beizugebenden Ortsplane sind die Typhuskranke beherbergt habenden Häuser zu markiren. — Ebenso ist auf dem Plane der Baugrund der Häuser (Lehm, Sand, Fels u. s. w.) zu markiren.

V. Wer waren die, resp. der Ersterkrankte?

Woher hatten diese die Krankheit? von woher eingeschleppt?

Trat die Krankheit gleichzeitig in einem oder mehreren Häusern auf?

Wer waren die Nächsterkrankten?

VI. Art der Verbreitung.

Welcher Zusammenhang ist zwischen dem Ersterkrankten und den folgenden nachweisbar?

Verkehr der bisher Gesunden mit den Kranken?

Gemeinsame Abtritte? resp. Miststätten?

Dasselbe Trinkwasser?

Oder was sonst?





Welche für direkte Contagion sprechende Dinge haben sich ergeben?

Wie lang war die Inkubation?

VII. Besonderheiten der Erkrankten.

Welehe Eigenthümlichkeiten besitzen die Häuser der Erkrankten in Bezug auf Untergrund?

Bauart, (Dielung der Stuben oder nicht? u. s. f.)?

Abtritte und Miststätten?

Wasserversorgung?

Wohlstand, Ernährungsverhältnisse, Erwerbsverhältnisse, sind sie anders bei den Erkrankten, als bei den Uebrigen?

VIII. Was ist über die Verschleppung der Krankheit nach auswärts bekannt geworden?

IX. Welche prophylaktischen Maassregeln wurden vorgenommen? und welchen Erfolg hatten diese?

X. Hier wären Besonderheiten der Epidemie in Bezug auf Krankheitsverlauf, therapeutische Maassnahmen etc. zu erörtern.

| Fortlaufende No. der Erkrankten | Name des Erkrankten | Alter und Geschlecht des Erkrankten | Tag der Erkrankung resp. des Eintritts in ärztliche Behandlung | Haus-No. des Erkrankten | Ausgang in Genesung oder Todestag | Bemerkungen, Bewohnerzahl des Hauses | Bemerkungen über die Zahl der bereits in dem Hause Erkrankten |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |

3. **Dr. Eitelberg, Ein Fall von Purpura variolosa.** (Wien. med. Presse Nr. 32.)

E. gibt einen kurzen Krankheits-Bericht der lethal endenden Erkrankung einer 27jährigen Frau und bespricht, die Angaben verschiedener Autoren anführend, die Diagnose der Purpura variolosa (1. Form der Variola haemorrhagica nach Kaposi).

Ungar.

4. **Newton, Case of Stramonium-poisoning.** Fall von Stramonium-Vergiftung. (N.-Y. Med. Rec. 11. Sept. 1880. S. 289.)

Ein kräftiger gesunder Mann, der sich von einem eingebildeten Uebel kuriren wollte, machte sich ein „kräftiges Decoct“ aus Stramoniumblättern, die er für die ihm empfohlene Pflanze hielt. Von diesem Auszug trank er Abends 10 Uhr 7—800 ccm. Nach einer Stunde wurde er unruhig und unfähig zu sprechen. Als N. ihn eine Stunde später sah, war er sehr unruhig, aber ohne Krämpfe. Das Gesicht, die Arme und Brust zeigten einen rothen Ausschlag, wie bei Scarlatina. Die Zunge war trocken und geschwollen, der Puls 170 und kräftig, Respiration 37, Temperatur 40°. Die nicht vollständig dilatirten Pupillen reagirten nicht. Die Augen waren offen und stierend; die Haut



heiss, trocken und unempfindlich, die Hände geschwollen. Die Athmung röchelnd. Verschiedene Brechmittel wurden vergeblich versucht, eine Magenpumpe war nicht aufzutreiben. N. spritzte mehrmals Morphium in „grossen Dosen" ein. Nach jeder Einspritzung wurde der Puls weniger frequent (bis zu 120) und kräftiger; auch die Respiration besserte sich. Gegen Mittag nahmen die unangenehmen Symptome zu; die Temperatur blieb hoch; der Puls (130) wurde schwach; Cyanose trat auf und Patient starb 17 Stunden nach dem gefährlichen Trank. Bei der Sektion fand man nur Lungenoedem, der Schädel wurde nicht geöffnet. Im rechten Herzen war dunkles flüssiges Blut.

Warren.

---

5. **Keating, Ergot-poisoning.** Ergotin-Vergiftung. (N.-Y. Med. Rec. 18. Sept. 1880. S. 318.)

Gegen eine heftige Blutung post partum nahm eine Dame durch ein Missverständniss etwa 15 gr des Extr. Ergotae fluidum der amerikanischen Pharmacopoea. (1 Theil Sec. corn. auf 1 Theil Glycerin und Essigsäure.) Die Vergiftungserscheinungen waren: bedeutende Cyanose des Gesichts, schneller, schwacher, mitunter unregelmässiger Puls, Uebelkeit (ohne Erbrechen), Ohrensausen, Neigung zur Ohnmacht. Durch Alkohol und tüchtiges Frottiren, nachher Morphium und Bromkali, wurden diese Symptome rasch beseitigt.

Warren.

---

6. **Dr. Arthur Hartmann, Ueber Sigmatismus und Parasigmatismus.** (Deutsch. Arch. für klin. Med. Bd. 26. Heft 5 u. 6. p. 455.)

Verf. gelang es in 2 Fällen die fehlerhafte Bildung von s und sch sofort zu beseitigen. Das Verfahren bestand bei einer Patientin, die statt des s nur ein schnalzendes Geräusch dem ch ähnlich sprach (statt süss: „chinch"), darin, dass H. ihr zeigte, wie bei der Bildung des s die Zungenspitze an die Schneidezähne gelegt wird. Patientin konnte nachahmend sofort s sprechen. Ein Mann, der sch nicht sprechen konnte, lernte es dadurch, dass H. ihn durch Anlegen der Zungenspitze an die unteren Schneidezähne die nöthige Wölbung der Zunge hervorbringen, das s durch Anlegen des mittleren Zungentheils an die oberen Schneidezähne sprechen und dann sofort ch dahinter bilden liess. Dies immer schneller gemacht führte sofort zur Hervorbringung des ch.

Finkler.

---

7. **Rockwell, On the Value of the Galvanic Current in Exophthalmic Goître.** Ueber den Werth des galvanischen Stromes beim Morbus Basedowii. (N.-Y. Med. Rec. 11. Sept. 1880. S. 284.)

Im vorigen Jahre (Okt. 1879) machte Rockwell derselben Zeitschrift Mittheilung über vier Fälle dieser Krankheit, die er mit dem galvanischen Strom behandelt hatte. Von diesen wurden zwei vollständig geheilt, einer gebessert, während der vierte unverändert blieb. Der vorliegende Bericht bezieht sich auf fünf weitere Fälle. Während



Verf. die Galvanisation für die richtige Behandlung hält, so findet er doch gewisse Fälle, wo die gute Wirkung der allgemeinen Faradisation sich nicht verkennen lässt, namentlich da, wo Anämie mit „nervöser Reizbarkeit" und Schwäche vorhanden ist. Bei der Anwendung des galvanischen Stromes setzt R. die Kathode „auf das Ciliospinalcentrum oberhalb des 7. Halswirbels und die Anode in die Fossa auriculo-maxillaris", wo sie einige Sekunden ruht, um dann am inneren Rande des Sternocleidomastoideus bis zu seinem untersten Ende hin heruntergezogen zu werden. Darauf wird die Anode auf besagtes Centrum, die Kathode auf den Plex. solaris gesetzt und die Behandlung während 1—2 Minuten mit bedeutend verstärktem Strome fortgesetzt. In einem Fall wurde die Anwendung erst dann erfolgreich, als R. mit Strömen arbeitete, die mittelst eines Wasserrheostats alle paar Sekunden rasch verstärkt oder geschwächt wurden.

Die mitgetheilten Fälle sind folgende:

1) 31jährige Frau. Kurze Zeit nach einem schweren Wochenbett merkte sie eine Zunahme der Herzthätigkeit mit gleichzeitiger Schwellung am Halse. Diese Erscheinungen nahmen zu bis sie nach mehreren Monaten R. konsultirte. Der Puls war 120—125, nach körperlicher Bewegung 150, die Vergrösserung der Drüse deutlich, aber nicht sehr bedeutend (Halsumfang 38 cm), die Augen vorstehend und geröthet. Pat. war „im höchsten Grade nervös, hysterisch und chlorotisch", die Wirbelsäule sehr empfindlich, lauter Erscheinungen, die erst nach Eintritt des Hauptleidens hinzugekommen sein sollen. Durch die Behandlung mit dem konstanten Strom wurde der Puls etwas verlangsamt und regelmässiger, die Halsschwellung nahm um ein Geringes ab, die Wirbelsäule wurde etwas weniger empfindlich. Da keine weitere Besserung eintrat, versuchte R. die allgemeine Faradisation. Nach 25 Sitzungen (in 2 Monaten) hatte der Halsumfang um 5 cm abgenommen und der Puls eine bedeutende Verminderung (auf 85) und Regulirung erfahren.

2) 29jahrige unverheirathete Dame, die als Kind an Chorea gelitten hatte. Die unregelmässige Periode war vom 18. bis zum 21. Lebensjahr ausgeblieben. Während dieser Zeit litt sie an periodischen hystero-epileptischen Anfällen. Nachher kamen die Menses wieder und wurden mit Besserung des Allgemeinbefindens allmählich regelmässiger, bis sie 3 Jahre später nach einem Malariafieber wieder ganz ausblieben. Um diese Zeit wurde sie durch Herzklopfen beunruhigt und bemerkte bald darauf, dass die Schilddrüse dicker wurde. Ein Jahr später betrug der Halsumfang 41 cm, der Puls 110, bedeutender Exophthalmus. Pat. wurde 4 Wochen hindurch mit dem konstanten Strom behandelt, der Puls ging auf 90 hinunter, der Tumor nahm um etwa $2^1/_2$ cm ab, der Exophthalmus wurde kaum verändert. Nachher wandte R. den Strom so an, dass seine Intensität mittelst des Rheostats rasch aber gleichmässig geändert wurde. Die Anode kam hinter den Kieferwinkel, wobei man den Kopfnicker zurückdrängte, während die Kathode etwas zur Seite des 6. Halswirbels applicirt wurde. Nach 25 Sitzungen (von 2—3 Min.) schien die Heilung vollständig zu sein, die Augen waren wieder natürlich, der Puls 75, der Umfang des Halses 35 cm oder etwas mehr als normal.



3) Unverheirathete Dame, 22 Jahre alt. Spät und unregelmässig menstruirt. Als vor 2 Jahren die Periode nach vorübergehender Besserung sich wieder verschlechterte, traten die Symptome der Basedow'schen Krankheit auf, obgleich in mässigem Grade (Puls 88, Halsumfang 38 cm). Pat. konnte nur kurze Zeit in Behandlung bleiben, aber die Besserung war entschieden und anhaltend. Der Hals nahm um 2 cm ab, der Puls war auf 72 gesunken; als R. die Pat. 2 Jahre später wieder sah, hatte der Hals etwas zugenommen, ohne Aenderung des Pulses. Bemerkenswerth ist, dass mit der Besserung dieser Symptome die Menstruation auch geregelter wurde. Als sie später einmal an Retentio mensium litt, erfolgte eine Zunahme des Halsumfangs mit Beschleunigung des Pulses, als die Periode aber wieder eintrat, nahmen diese Erscheinungen ab.

4) Dame, Aetiologisches unbekannt. Der Puls war gewöhnlich 125, bei Erregung 160, im Schlafe aber 95. Die Behandlung war eine unregelmässige, da die Dame auf dem Lande wohnte und weit fahren musste, um zu R. zu kommen. Ausser einer geringen Abnahme der Pulsfrequenz wurde keine Aenderung bemerkt.

5) 35jährige unverheirathete Dame ohne Menstruationsbeschwerden. Ausser den Augen waren die Symptome deutlich. Der Puls (112) intermittirte 8 Mal in der Minute. Die Behandlung konnte nur während 3 Wochen fortgesetzt werden. Der Puls wurde ganz regelmässig, sank sogar einmal auf einige Zeit auf 67 herunter.

Warren.

---

8. **Peabody, Ruptur eines Aortenaneurysmas in die Pleurahöhle.** (N.-Y. Med. Rec. 18. Sept. 1880. S. 326.)

P. legte der N.-Yorker Pathologischen Gesellschaft in einer ihrer Juni-Sitzungen ein bezügliches Präparat vor. Pat. klagte seit einigen Monaten über heftige Schmerzen im Rücken und in der rechten Seite. Im rechten Epigastrium war ein Tumor, der 16×11 cm mass und ein deutliches doppeltes Geräusch erkennen liess. Bei Bettruhe und knapper Diät befand Pat. sich ziemlich wohl, bis ein heftiger Schmerz der untern rechten Lungengegend auftrat. Bald darauf warf er etwas Blut aus und wurde sehr schwach. In diesem Zustand blieb er etwa 3 Wochen, bis er in einem plötzlichen Collaps starb.

Bei der Sektion fand man ein hühnereigrosses Aneurysma an der Abgangsstelle der Coeliaca und Mesent. superior. Das Blut hatte sich durch eine Oeffnung im unteren vorderen Theil des Sackes und zwischen die Lamellen der Media einen Weg bis in das hintere Mediastinum gebahnt. Hier erfolgte der Durchbruch in die rechte Pleurahöhle, wo man 2300 ccm (sic!) reines Blut fand. Unterhalb des Aneurysmas zeigte die sehr atheromatöse Aorta eine noch grössere Erweiterung, die die Körper der 3 letzten Dorsal- und des 1. Lumbarwirbels tief erodirt hatte. In dem untern Lobus der rechten Lunge war ein frischer hämorrhagischer Infarkt. Das Herz war von normaler Grösse, zeigte aber eine etwas ungewöhnliche dunkle Färbung der Muskulatur. Die übrigen Organe ohne Aenderung.

Warren.

---





9. **Prof. Dr. M. J. Rossbach, Eine neue Anaesthesirungsmethode des Kehlkopfes.** (Wien. med. Presse Nr. 40.)

Die bei chirurgischen Eingriffen in den Kehlkopf anzuwendenden Anaesthesirungsmethoden dürfen, da die Mithülfe der Kranken bei der Operation meist erforderlich ist, das Bewusstsein derselben nicht alteriren, sondern nur eine lokale Empfindungsabstumpfung herbeiführen. Die bisher üblichen Mittel erwiesen sich als nicht genügend. R. kam daher auf den Gedanken, zu versuchen, „ob es nicht möglich sei, von dem Stamm des sensiblen Kehlkopfnervens aus eine Unterbrechung der Leitung zu Stande zu bringen und dadurch eine komplete Anaesthesie des Kehlkopfes zu erzeugen, ohne einpinseln zu müssen und ohne das Bewusstsein und die Willensenergie herabzusetzen. Der Stamm des rein sensiblen inneren Astes des N. laryngeus superior liegt an der Stelle, wo er durch die Membrana hyothyreoidea unterhalb des knopfförmigen Endes des grossen Zungenbeinhorns in das Innere des Kehlkopfes eindringt, so oberflächlich, dass es leicht sein musste, ihn durch die bekannten Mittel leitungsunfähig zu machen.“ Zunächst versuchte dies R. durch subkutane Einspritzung von 0,005 gr Morphin an der genannten Stelle zu beiden Seiten des Halses. Der Erfolg war ein vorzüglicher. Sodann überzeugte er sich durch Versuche an gesunden Personen, dass die Leitung auch durch starke Kälte unterbrochen werden könne. Er bediente sich zu diesem Behufe eines Richardson'schen Aetherzerstäubers, dessen Strahl gleichzeitig aus 2 feinen Oeffnungen herauskam, die so weit auseinander lagen, dass gleichzeitig beide Nervenstämme an der bewussten Stelle dem Aetherstrahl ausgesetzt wurden. Nach einer längstens zwei Minuten dauernden Einstäubung war das ganze Innere des Kehlkopfes für Berührung unempfindlich. R. glaubt, dass sich diese letztere Methode auch bei vom Larynx-Inneren ausgehenden Reflexkrämpfen, sowie bei heftigen Schmerzen im Kehlkopf nützlich erweisen würde.

Ungar.

---

10. **Prof. Dr. J. Uffelmann, Ueber die Methode der Untersuchung des Mageninhalts auf freie Säuren. Versuche an einem Gastrotomirten.** (Deutsch. Arch. für klin. Medic. Bd. 26. Heft 5 und 6. p. 431.)

Verf. motivirt die Untersuchung damit, dass es eine nicht endgültig gelöste Frage ist, unter welchen Verhältnissen die freie Salzsäure im gesunden und kranken Magen vorkommt, in welchen Krankheiten sie vermindert ist oder fehlt, welche Rolle die organischen Säuren spielen und wann das Auftreten derselben als pathologisch betrachtet werden muss. Sein Bestreben geht zunächst dahin, eine auch von Nichtchemikern ausführbare Säurebestimmung aufzufinden. Das Mohr'sche Verfahren verwirft Verf. nicht ganz, mit gewissen Cautelen angestellt, gestattet das positive Resultat (Rothfärbung eines Reagens aus essigsaurem Eisenoxyd und Rhodankalium) den Schluss auf Anwesenheit freier Salzsäure. Negatives Resultat dagegen kann bedingt sein durch allzustarke Verdünnung der Salzsäure, oder gleichzeitige Anwesenheit nicht unbedeutender Mengen von phosphorsauren Salzen und Milchsäure.



Die Entfärbung der Fuchsinlösung (von den Velden) hat nur relativen Werth, weil die Wirkung wenn überhaupt nur sehr langsam eintritt, und durch Anwesenheit gewisser Salze noch sehr beeinflusst werde.

Die sicherste der bisherigen Methoden sei unstreitig die darauf beruhende, dass Methylanilinviolet bei Zusatz auch von verdünnter Salzsäure alsbald bläulich verfärbt wird, während sämmtliche im Magensaft vorkommenden organischen Säuren jenes Violet nicht verändern. — Ist aber der Gehalt an Säure geringer als $1^1/_4$ pro mille, so wird die Farbenveränderung zu wenig scharf, als dass man auf sie allein hin sich verlassen könnte. Bei sehr geringem Gehalte an Salzsäure $^1/_2$ pro mille lässt die Probe im Stich. Uffelmann fand, dass der Rothweinfarbstoff durch Mineralsäure in ein prächtiges Rosaroth verwandelt wird, welches mit dem ursprünglichen Blauroth gar nicht zu verwechseln ist. Auf diesen Befund gründet er sein Verfahren zum Nachweis:

„Versetzt man echten noch nicht vollständig vergohrenen Rothwein mit so viel absolutem Alkohol, dass die blaurothe Farbe fast verschwindet und die Mischung schwach opalescirt, so bringt in 1 ccm derselben schon $^2/_{10}$ ccm einer 1 pro mille Lösung von Salzsäure sofort eine schöne Rosafarbe hervor. Diese wird noch schöner, wenn man die alkoholische Weinlösung vor dem Zusatze von Salzsäure filtrirt. Alsdann kann man auch, falls ein wenig mehr von letzterer hinzugefügt wurde, spectroskopisch hinreichend deutlich ein dunkles Band zwischen D und E erkennen, ein Band, welches mit dem des Methylanilins grosse Aehnlichkeit hat.

Nimmt man $^1/_2$ ccm Rothwein, setzt 3 ccm reinstes Glycerin und 3 ccm absoluten Alkohol hinzu, so tritt nach kurzem Schütteln der Mischung fast vollständige Farblosigkeit ein; es bleibt ein schwach graubläulicher Schimmer. Lässt man auf diese Mischung langsam ein geringfügiges Quantum einer $^1/_2$ pro mille Salzsäurelösung fliessen, so entsteht zunächst an der oberen Grenze der alkoholischen Glycerinmischung, auf welcher die Salzsäurelösung sich ansammelt, ein schön rosiggefärbter Ring, und falls man schüttelt, eine Rosafärbung der gesammten Flüssigkeit.

Ganz die nämliche Reaktion erhält man, wenn man zur Entfärbung gleiche Mengen Alkohol und Aether verwendet; noch unendlich viel schärfer aber tritt sie hervor, wenn man das amylalkoholische Extrakt des Weines verwendet. Amylalkohol löst vom Farbstoff des echten Weines nur sehr geringe Mengen, wird nur matt bräunlich-bläulich gefärbt. Setzt man zu einer solchen Lösung nur die geringsten Spuren einer 1 pro mille Salzsäurelösung, so entsteht im Amylalkohol eine intensive Rosafarbe, die an die amylalkoholische Fuchsinlösung erinnert und im Spectroskop ein dunkles Band zwischen D und E erzeugt. Verflüchtigt man die amylalkoholische Weinfarbstofflösung in einer absolut reinen Porzellanschale, so bleibt nichts als ein bläulichrother Anflug zurück; bringt man auf diesen etwas verdünnte Salzsäure, so tritt sofort Rosafärbung ein, die nach erfolgtem Verdampfen der Flüssigkeit wieder in bläulichrothe Färbung übergeht.

Man kann sich auch ein Reagenspapier aus der alkoholischen

Weinlösung bereiten. Zu dem Zwecke mischt man 1 ccm Wein mit 3 ccm Alkohol absolutus, schüttelt, filtrirt, tränkt mit dem Filtrate nicht zu dünnes Filterpapier und trocknet im Kühlen. Die Farbe des Reagenspapiers muss schwach bläulichroth sein. Ein Tropfen einer 1 pro mille Salzsäurelösung ruft an der getroffenen Stelle eine lebhaft rosarothe Farbe hervor, die am besten erkannt wird, wenn man den Papierstreifen gegen den inneren Umfang einer weissen Porzellanschale legt und nun mit Aether übergiesst. Letzterer bewirkt, dass die nicht von der Säure getroffene Partie des Streifens graublaue Farbe annimmt, gegen welche das Roth der von der Säure getroffenen Stelle um so stärker contrastirt. Diese rothe Stelle bleibt auch im Aether wenigstens eine geraume Zeit roth.

Alle hier besprochenen Veränderungen des Rothweinfarbstoffs werden gar nicht von Buttersäure, von Essigsäure, Weinsäure und von essigsauren Salzen, dagegen allemal nur hervorgerufen, wenn sie in einer hier ausser Acht zu lassenden Concentration vorkommen. Milchsäure gibt in einer Lösung von 1—2 pro mille keine Rothfärbung der alkoholischen fast farblos gemachten Weinlösung, macht vielmehr den Farbstoff eher noch matter und bringt ihn in der amylalkoholischen Weinfarbstofflösung sogar ganz zum Verschwinden."

Die Methode des Nachweises ist auch unbedingt zum Nachweis der Salzsäure im Mageninhalt zu verwerthen.

Ausserdem kann man zum quantitativen Nachweis der Salzsäure im Magen verwenden: Mischung von Eisenchlorid und Carbolsäure, die von amethystblauer Farbe, durch Milchsäure gelblich mit einem Schein ins Grüne verfärbt wird, Salzsäure dagegen färbt sie stahlgrau und entfärbt sie in grösserer Menge ganz. Verwendbar ist ferner Mischung von Eisenchlorid und Methylanilinviolet oder einfach Eisenchlorid allein. Das Nähere ist im Original nachzusehen.

Zur quantitativen Bestimmung der Salzsäure ist es am zweckmässigsten (nur wenn keine Milchsäure zugegen ist): „Man nimmt 2 absolut gleiche Portionen des letzteren, bestimmt in der einen den Chlorgehalt durch $^1/_{10}$ oder $^1/_{20}$ Normalsilberlösung, die andere aber bringt man zur Trockne, wobei etwa vorhandene freie Salzsäure sich verflüchtigt, löst den Rückstand mit destillirtem Wasser und bestimmt nunmehr auch in dieser Flüssigkeit den Chlorgehalt. Die Differenz gibt die freie Salzsäure an."

Mit so wohl vorbereiteten und geprüften Methoden untersuchte U. den Mageninhalt eines gastrotomirten Knaben. Er bestimmte die Zeit, zu welcher Salzsäure im Magen ist und den Einfluss verschiedener Nahrungsmittel.

In den ersten 30—40 Minuten nach der Nahrungsaufnahme hatte zwar die Bildung von Peptonen, Dextrin und Zucker statt, aber freie Salzsäure war in dieser Zeit noch nicht nachzuweisen. Freie Salzsäure liess sich mitunter schon nach 45 Min., manchmal erst nach 60, einmal auch dann noch nicht nachweisen.

Nach der Einführung vegetabilischer Kost liess sich freie Salzsäure später nachweisen, als nach animalischer. Vielleicht spielen aber noch andere Momente, Salzgehalt etc., hierbei eine grosse Rolle.

Die Masse der Peptone war nach 30—45 Min. nach der Mahlzeit schon sehr beträchtlich.



In der ersten Zeit nach der Nahrungseinfuhr liess sich als freie Säure bei dem Gastrotomirten Milchsäure nachweisen. Auch im Erbrochenen aus der ersten Zeit nach der Mahlzeit hat U. sonst Milchsäure gefunden. Deshalb scheint (auch ein Versuch beim Hunde spricht dafür) bei der Digestion die Milchsäure nicht zu fehlen.

Finkler.

---

11. **Dr. Köhnhorn,** Oberstabsarzt in Wesel, **Ueber die Entstehung der Darmgeschwüre bei Lungenschwindsucht.** Vortrag. (Deutsche militärärztliche Zeitschr. Heft 9. St. 461.)

Verf. weist darauf hin, dass bis jetzt eine genügende Erklärung für die Entstehung der Darmgeschwüre bei der Schwindsucht nicht gegeben sei. Vor Allem sei die alte Ansicht, wonach die beregten Geschwüre tuberkulöser Natur sein sollten, unhaltbar geworden, seitdem man nachgewiesen habe, dass Lungenschwindsucht und Tuberkulose im Grunde verschiedene Krankheiten seien und dass gerade bei Fällen von chronischer Lungenerkrankung ohne Tuberkel-Eruption Darmgeschwüre recht häufig und bei allgemeiner miliarer Tuberkulose oft gar nicht beobachtet würden, wenn nicht nebenbei ein chronischer Entzündungsvorgang in den Lungen Statt gehabt hätte.

Verf. erklärt sich die Entstehung der Darmgeschwüre auf folgende Weise: Da bei der Lungenschwindsucht in Folge der oft schwachen Brustmuskulatur sowie begleitender Pleuritis mit oder ohne Erguss die Athmung eine unvollständige und oberflächliche ist, sowie ferner durch den Verlust an Gefässgebiet während des Lungenschwundes Widerstände im Kreislauf sich bilden, die ein bei Phthisikern häufig kleines Herz mit schwacher, schlaffer Muskulatur nicht zu überwinden vermag, tritt eine Stauung im Venen-System ein und damit im Gefolge auch im Lymphgebiet, das mit dem ductus thoracicus in die vena subclavia einmündend unter dieselben Verhältnisse wie die Venen kommt. Auf diese Weise staut sich der Chylus zurück bis auf seine Ursprungsstelle in den Drüsen des Darmes, welche den Darmgeschwüren zum Ausgang dienen. Die Drüsen werden ausgedehnt und durch Zerrung des peritonealen Ueberzuges entstehen die häufigen und heftigen Leibschmerzen schwindsüchtiger Leute. Die Ausdehnung der Drüse veranlasst in ihrer Umgebung entzündliche Vorgänge mit Gefäss-Neubildung, die entweder bei mässiger Stärke die Drüse zum Veröden bringen oder bei grösserer Intensität der Entzündung, wenn eine Resorption nicht mehr möglich ist, zur Entwickelung der Geschwüre führen. Wird der anfänglich gebildete Eiter jedoch theilweise resorbirt, so entsteht eine verkalkte Drüse, andernfalls bricht der Eiter nach der Seite des geringeren Widerstandes, der serosa des Darmes hin, durch.

Verf. glaubt, dass auch bei andern Krankheiten mit Stauungen im Blutgefässsystem, z. B. bei Herzfehlern, diese Geschwüre entstehen könnten, wenn der Process ebenso chronisch wie bei der Phthise verliefe, und erklärt sich die bei Herzfehlern vorkommenden sog. katarrhalischen Darmgeschwüre auf dieselbe Weise entstanden.

Bartold.

---



12. **Dr. E. Finger, Ueber Cystitis und Pyelitis blennorrhagica.** (Wien. med. Presse Nr. 30. 31. 32. 33.)

Erkrankungen der Blase, des Nierenbeckens und des Nierenparenchyms als Complikationen der Blennorrhoe der Harnröhre können die Folge einer mechanisch herbeigeführten Stauung des Harnes, z. B. durch Strikturen, sein, oder durch direkte Fortsetzung der Entzündung von der Harnröhrenschleimhaut auf die der Blase und des Nierenbeckens entstehen.

Bei 368 auf der von Sigmund'schen Klinik im Jahre 1879/80 behandelten blennorrhagisch erkrankten Männern kam 49 Mal Cystitis (13,3 %) und 9 Mal Pyelitis (2,4 %), bei 127 blennorrhagisch erkrankten Weibern 19 Mal Cystitis (14,9 %) und 3 Mal Pyelitis (2,3 %) zur Beobachtung.

Was die Veranlassung der Fortsetzung des blennorrhagischen Processes auf Blase und Niere betrifft, so müssen ausser einer Reihe äusserer Schädlichkeiten, die dieselbe erfahrungsgemäss zu bewirken im Stande sind, individuelle, innere, konstitutionelle Bedingungen als Ursache angenommen werden. Von den 58 an Cystitis und Pyelitis erkrankten Männern kamen 7 mit der Complikation zur Aufnahme.

Von den übrigen 51, bei denen der Einfluss äusserer Schädlichkeiten bestimmt auszuschliessen war, litten 42 an Erkrankungen innerer Organe oder des Gesammtorganismus, weitere 5 machten, ohne dass eine bestimmte konstitutionelle Erkrankung nachzuweisen war, nicht den Eindruck vollkommen gesunder Menschen, während es sich bei jenen, deren Blennorrhoe den normalen Verlauf nahm, um gesunde, robuste, gut entwickelte und genährte Individuen handelte. Aus diesen Beobachtungen zieht F. den Schluss, „dass in einem nicht vollkommen normalen, geschwächten Organismus die Blennorhoe sich wegen Mangel genügender Widerstände ohne weitere Veranlassung, also spontan, weiter auszubreiten im Stande ist, als dies ceteris paribus in einem gesunden Organismus der Fall ist."

Untersuchungen der Blase mit dem Nitze-Leiter'schen Endoskope haben F. gezeigt, dass der Cystitis blennorrhagica die Eigenthümlichkeit zukommt, sich mit Vorliebe an gewissen Stellen, nämlich vorwiegend am Blasenhals und am Grunde der Blase zu lokalisiren. In allen endoskopisch untersuchten Fällen von Cystitis fanden sich ferner bereits die tieferen Theile der Urethra von dem blennorrhagischen Process ergriffen, welcher Umstand für die direkte Fortpflanzung der Entzündung spricht.

Im Folgenden gibt F. eine zahlengemässe Darstellung des Zeitpunktes des Auftretens der Cystitis und der Pyelitis bei seinen männlichen Patienten, erwähnt dass in 11 Fällen eine Epidydimitis (in 2 mit bedeutender Choridonitis) vorangegangen sei und bespricht sodann die Symptomatologie, den Verlauf und die Ausgänge der Cystitis und Pyelitis blennorrhagica. Er unterscheidet hierbei die stürmisch auftretende Form, die häufigere, und die langsam sich entwickelnde, prognostisch ungünstigere, weil leichter in chronische Entzündung übergehende, Form. Sodann erwähnt er noch als leichteste Fälle der Cystitis solche, die sich als blosse Blasenhalsreizung darstellten. Charakteristisch und für die Diagnose des Sitzes wichtig, seien in

jenen Fällen, wo nur der Blasenhals oder der Blasengrund allein entzündet blieben, die Erscheinungen des Harndrangs. „Während in den Fällen, wo der Blasengrund betroffen ist, die Patienten im Liegen einen heftigen Harndrang spüren, der bei Tage, während sie herumgehen oft sehr gering ist, findet das Entgegengesetzte bei Erkrankung des Blasenhalses allein statt.“

Bei Besprechung des Symptomenkomplexes der Pyelitis vertritt F. die Ansicht, dass es sich fast stets um eine Pyelonephritis handele, da, wie die subjektiven Symptome und die Harnuntersuchung bewiesen, fast stets eine Miterkrankung der Niere in Form einer akuten katarrhalischen Entzündung der geraden Harnkanälchen zu konstatiren sei. Was das im Harnsediment vorkommende Epithel anbelangt, so pflichtet er der Ansicht Ebstein's bei, dass dessen Proveniens aus Blase oder Nierenbecken nicht zu konstatiren sei. „Die einzigen charakteristischen, aber nicht konstanten Formelemente sind zu kleinen Ballen gehäufte Eiterkörperchen, sowie Epithel aus den geraden Harnkanälchen der Niere, Cylinder.“

Bei mehreren Weibern trat fast zugleich mit dem Auftreten der Cystitis und Pyelitis eine Eruption von Erythema nodosum am Fusswurzel- oder Kniegelenke auf.

Unter den Heilmitteln, von welchen F. bei Behandlung der Cystitis und Pyelitis blennorrhagica Erfolg sah, befindet sich auch das nach der Vorschrift von Edlefsen angewendete Kali chloricum. (Kali chlorici 5,0, Aqu. dest. 100,0, Aqu. lauroc. 3,0. S. Für einen Tag.)

Ungar.

---

13. **Nierentumoren bei Kindern (Krebs und Myxosarkom).** (N.-Y. Med. Rec. 18. Sept. 1880. S. 326.)

In einer Sitzung der N.-Y. Pathological Society wurde ein grosser weicher Tumor demonstrirt, den man bei der Sektion eines weiblichen Kindes gewonnen hatte und für Carcinom hielt. Der Tumor wurde im Februar zuerst bemerkt, wuchs aber sehr rasch. Der Umfang des Körpers nahm während der Beobachtungszeit von 63 auf 79 cm zu. Die Diagnose einer bösartigen Nierenerkrankung war in der Percutirbarkeit des Colons vor dem Tumor begründet.

Bei der Sektion stand das Zwerchfell links an der 4., rechts an der 3. Rippe, die Herzspitze zwischen der 2. und 3. Rippe, die Basis an dem Sternoclaviculargelenk. Der Tumor bildete eine weiche Masse und war mit der Milz sowie mit den Bauchwänden in grosser Ausdehnung verwachsen. Das Organ wurde durch die Anwesenheit von normalem Nierengewebe identificirt, die andere Niere war nur etwas hypertrophirt. In der Leber fand man einige Metastasen. Der mikroskopische Befund war: „Grosser Zellenreichthum, freie Nuclei und sehr wenig Zwischengewebe.“ Angaben über das Alter des Kindes sowie über die Grösse des Tumors fehlen.

In derselben Sitzung dieser Gesellschaft zeigte Dr. L. Smith einen Tumor, den er bei der Sektion eines 19 Monat alten Kindes bekommen hatte. Das Kind hatte zweimal an Pneumonie gelitten, erholte sich aber gut. Bald nachher nahmen seine Kräfte ab, ohne dass



man über die Natur der Erkrankung ins Klare kommen konnte. Links fand man eine beträchtliche Dämpfung, die als Milztumor gedeutet wurde. Das Kind zeigte eine besondere Abneigung gegen alle Mehlspeisen. Der spärliche Harn enthielt zeitweilig etwas Eiweiss. Der kleine Patient starb an Inanition. Bei der Sektion fand man an der Stelle der linken Niere einen grossen Tumor, den Heitzmann für ein Myxosarkom hielt. Auch das Pancreas fehlte vollständig. Die normale Milz war nur etwas dislocirt.

Warren.

---

14. **Dr. A. Günther**, Zürich, **Die Anwendung der Elektricität in der Medicin, exclusive der Krankheiten des Nervensystems.** (Correspondenzblatt für schweiz. Aerzte. Jahrg. X. Nr. 16.)

Für die Anwendung der Elektricität gibt Verf. eine Anzahl Fundamentalsätze an, deren Beachtung er dem praktischen Arzte aufs dringendste empfiehlt:

1) „Der Arzt soll jeweils den dem Kranken zugedachten Strom an sich selbst prüfen."

2) „Batterie und Leitung sollen dem Blick wie der Hand des Arztes leicht zugänglich sein."

3) „Leitung und Elektroden sind ebenso wichtige Bestandtheile wie die Batterie, und demgemäss zu halten" (Isolution der Leitung mit Caoutschoucschläuchen, breite Elektroden und Befeuchtung derselben mit warmem Wasser).

Günther geht sodann zur Besprechung der Erfolge resp. Heilungen über, die mittelst des faradischen Stromes erzielt werden können. Er empfiehlt denselben:

a) Bei Asphyxie, und zwar sowohl der Neugeborenen als auch bei derjenigen, die durch katarrhalische Pneumonie, Tussis convulsiva und Atelectase, überhaupt durch irgend welche andere Processe direkt oder indirekt hervorgerufen wird. Der eine Pol, bestehend in einer breiten Elektrode, wird in der Interscapulargegend aufgesetzt, während mit einem elektrischen Pinsel über die gut abgetrocknete oder bepuderte Haut gestrichen wird.

b) Bei Hängebauch (eine Elektrode am sternalen Insertionspunkt des r. abdom., während die andere über den Verlauf des Muskels streicht). Der Strom sei so stark, dass er den Biceps zu kräftiger Contraktion bringt.

c) Bei habitueller Obstipation (eine Elektrode mit breiter Platte aufs Kreuz, mit der andern gleich geformten fahre man dem Verlaufe des Colon entlang).

d) Bei chronischer Cystitis, mit Verdickung der Blasenwandungen und Incontinentia (contraindicirt bei Erosionen und Geschwüren der Schleimhaut der Blase). Man setze die Pole entweder auf den Damm und über der Symphyse auf, oder eine Elektrode liegt über der Symphyse, während die andere kathederartige, in die vorher gereinigte und sodann mit leicht angesäuertem Wasser gefüllte Blase eingeführt wird.

e) Bei Impotenz (man nehme die Testes und ev. bei Sistirung der präputialen Sekretion die Glans direkt zwischen beide Elektroden).



Dem galvanischen Strom schreibt Günther eine heilende Wirkung zu:

a) Bei chron. pleuritischen Exsudaten (18 Stöhrer'sche Elemente, Anode auf dem Sternum, Kathode in loco morbi).

b) Bei chron. Periostitis (negat. Pol auf die erkrankte Stelle); ferner bei starkem Narbengewebe, welches man zur Erweichung mit der Kathode streicht.

c) Bei chron. Muskelrheumatismus. Für die galvanische Behandlung desselben räth Verf. die Anode an (8—10 Elemente, grosse Elektroden, langsames Streichen über den Muskel; die Einwirkung auf den einzelnen Muskel habe die Dauer von etwa 2 Minuten).

Eschbaum.

---

15. **Dr. K. Fischer**, Davos-Platz, **Der Winter 1879/80 auf Madeira.** Climatologischer Beitrag. (Correspondenzblatt für schweiz. Aerzte. Jahrg. X. Nr. 16.)

Gegenüber den Beobachtungen des englischen Arztes Dr. Mason, ferner eines Dr. H. Banga, der in einer Schrift, betitelt: „Madeira als Curort", erklärt: „Madeira ist kein Lungenkranken zu empfehlender Aufenthaltsort", behauptet Verfasser in vorliegender Original-Arbeit, gestützt auf während des Winters 1879/80 angestellte meteorologische Beobachtungen: „Madeira's Clima ist von einer Gleichförmigkeit, wie dies kaum von einem andern Orte des Erdballs bekannt sein dürfte. Die täglichen Thermometer- und Barometerschwankungen sind minimale und können den Gesundheitszustand eines Individuums nie alteriren. Die Luft ist absolut rein, mässig feucht; die täglichen, regelmässig wiederkehrenden Land- und Seewinde haben keine besonders nachtheilige Wirkung auf die Kranken, sind vielmehr eine für die Erhaltung der Reinheit der Luft ganz nothwendige Einrichtung." Die Behauptung Dr. Banga's, die sich auf die Angabe stützt, dass, obgleich das Proletariat Madeira's mindestens ebenso gut als das unsere lebe, dennoch dasselbe ebenso viele Phthisiker aufweise, widerlegt Fischer in der Weise, dass er angibt, die unter der gewöhnlichen Bevölkerung Madeira's so verbreitete Phthise könne nicht auf das Clima bezogen werden, sondern sei eine natürliche Folge der höchst ungesunden, dicht bevölkerten, schmutzigen Wohnungen (Erdlöcher), der elenden Ernährung (wässerige Früchte) und der sehr ungünstigen Morbiditätsverhältnisse (fortwährendes Herrschen von Erkrankungen an Aussatz), Zustände, von denen Dr. Banga keine Ahnung gehabt hätte, und welche gar nicht mit den noch so elenden Lebensverhältnissen unseres Proletariats zu vergleichen wären; man habe es also hier mit einer durch Erziehung und sociale Verhältnisse gepflegten Krankheit zu thun und nur dem wunderbaren Clima sei es zuzuschreiben, dass trotz dieser traurigen Zustände, die Phthise nur bei einem Bruchtheile der Bevölkerung zu finden wäre. Verfasser kommt daher zum Schlusse zu der Erklärung: „Madeira ist ein Lungenkranken zu empfehlender Aufenthaltsort."

Eschbaum.

---

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen nebst Titel und Register.

# Centralblatt

für

# KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigirt von

**Dr. H. Rühle,** Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

**Dr. D. Finkler,** Privatdocent und Assistent an der medicin. Klinik in Bonn.

**1880.** **23. October.** **Nro. 31.**

**Inhalt.** Referate: 1. Clinical Study of yellow fever. — 2. **Heyl,** Metastatic Tenonitis in diphtheria. — 3. **Van Harlingen,** Three cases of syphilitic muscular contraction. — 4. **Schulz,** Beitrag zur Lehre von der „spastischen Spinalparalyse". — 5. **Westphal,** Ueber die Beziehungen der Luës zur Tabes dorsalis und eine eigenthümliche Form parenchymatöser Erkrankung der Hinterstränge des Rückenmarks. — 6. **Schultze,** Ueber die Beziehungen der multiplen Sklerose des centralen Nervensystems zur allgemeinen progressiven Paralyse der Irren. — 7. **Ultzmann,** Zur Diagnose der Pyelitis. — 8. **Cushing,** Absorption of a large fibroid tumour of the Uterus under the use of Ergot. — 9. **Clay,** On the treatement of cancer of the female generative organs by a new method. — 10. **Clay,** Notes on Chian turpentine, and its use in cancer. — 11. **Ringer,** Ueber die Antagonisten des Aconitin am Froschherzen. — 12. **Langley,** Ueber den Antagonismus der Gifte. — 13. Der Antagonismus zwischen Atropin und Morphium.

1. **Clinical Study of yellow fever.** Klinische Studie über das gelbe Fieber. (Auszug aus einem in „The Amer. journ. of the Medic. Sciences", S. 447—457, erschienenen Referat über die neuesten, diese Krankheit behandelnden Arbeiten.)

Beim gelben Fieber sind im Wesentlichen 2 Stadien zu unterscheiden, das des „Paroxysmus" und das der „Ruhe". Ein von einigen Autoren aufgestelltes drittes, das „kalte" Stadium, ist in sehr vielen Fällen kaum ausgeprägt und kann füglich als Vorläufer des 1. Stadiums, des Paroxysmus angesehen werden. Dieser tritt meist ganz plötzlich ein. Das Fieber erreicht zuweilen in wenig Stunden eine excessive Höhe, bis zu 41°,3 C., ohne dass dies prognostisch von übler Bedeutung wäre; im Gegentheil halten erfahrene Beobachter eine gut ausgeprägte Fieberbewegung während des 1. Stadiums für ein günstiges Zeichen. Heftige Kopf- und Rückenschmerzen, sowie schmerzhafte Empfindungen in den Muskeln bei Bewegung fehlen selten. Das Gesicht erscheint, je nach der Schwere des Falles, in den verschiedenen Farbennüancen von roth bis bläulich; je stärker die Verfärbung in diesem Stadium, um so intensiver die später eintretende gelbe Farbe. Im Urin tritt früher oder später Eiweiss auf und fehlt nur in ganz leichten Fällen. Als Ursache dieser Stauungserscheinungen wird eine durch das Krankheitsgift hervorgerufene Paralyse der vasomotorischen Nerven angesehen. Eine weitere Wirkung des in den Organismus eingedrungenen Giftes ist die hochgradige Dissolution des Blutes, welche im



Verein mit der Stauung in den Capillaren zu den mannigfachsten Haemorrhagien führt, die allerdings in grösserem Maassstabe erst im 2. Stadium, dem der Ruhe, auftreten. Dieses beginnt mit einem bedeutenden Abfall des Fiebers; die Pulsfrequenz sinkt, oft unter die Norm; der Puls wird unregelmässig und leicht zu unterdrücken. In den leichteren Fällen treten die Kranken dann gleich in die Reconvalescenz ein, die aber lange Zeit in Anspruch nimmt und unausgesetzte Sorgfalt in Abhaltung aller Schädlichkeiten fordert. Auch in den schwereren Formen fühlen sich die Kranken nach dem Aufhören des Paroxysmus sehr erleichtert, bald aber beginnt das Fieber aufs Neue und ist eine plötzliche und hohe Temperatursteigerung um diese Zeit von sehr übler Vorbedeutung. Das Fieber zeigt meist einen continuirlichen Typus mit geringen Morgenremissionen. Jetzt stellen sich auch die schon erwähnten Haemorrhagien in stärkerem Maasse ein, ohne indess durch den Blutverlust direkte Lebensgefahr herbeizuführen; nur in einigen Fällen, wo Frauen bald nach der Entbindung erkrankten, wurde Exitus letalis in Folge abundanter Uterinblutungen beobachtet. Der Magen ist meist in hohem Grade afficirt; hartnäckiges Erbrechen schleimiger, durch beigemischtes Blut schwärzlich gefärbter Massen stellt sich ein; mit Recht gefürchtet ist das nicht selten beobachtete Ausbrechen grösserer Quantitäten reinen Blutes. Die Betheiligung des Nervensystems äussert sich bei kräftigen Individuen in Delirien und Convulsionen; Coma in Verbindung mit kaltem Gesicht und Extremitäten gilt als sehr ungünstiges Symptom.

Ueber die durchschnittliche Dauer der beiden Stadien fehlen die Angaben. Complicationen sind selten; erwähnt werden Entzündungen des Halses und der Luftwege zu Zeiten, wo diese Affektionen überhaupt herrschen. Dagegen kann das gelbe Fieber sich zu jeder anderen Erkrankung zugesellen; tritt es in einem Hospital auf, so bleibt fast kein Kranker verschont. Malariakranke werden besonders leicht ergriffen. Die Diagnose ist in solchen Fällen anfangs oft schwierig; im weiteren Verlaufe drängen die Symptome des gelben Fiebers die der ursprünglichen Erkrankung ganz in den Hintergrund. Ausgebildete Rückfälle, in der Art wie sie bei Recurrens beobachtet werden, kommen nicht vor. Einmalige Durchseuchung scheint im Allgemeinen Immunität zu verleihen; wenigstens wird zweimaliges Befallenwerden derselben Person ebenso selten wie bei Pocken und Masern beobachtet.

Behandlung. Mittel, bei erfolgter Infektion den Ausbruch der Krankheit zu verhindern, oder ihren Verlauf abzukürzen, gibt es nicht; die Behandlung muss daher eine rein symptomatische sein. Im Anfang empfiehlt es sich, durch ein leichtes Laxans, am besten Ricinusöl, den Darm zu entleeren und falls Verdacht vorliegt, dass der Magen mit schwerverdaulichen Speisen angefüllt ist, ein Emeticum zu reichen. Leichte Diaphorese wirkt günstig, stärkere ist zu vermeiden, da sich in Folge der Eindickung des Blutes bei der ohnehin bestehenden Paralyse des vasomotorischen Systems leicht Suppressio urinae, ein sehr gefürchtetes Symptom, einstellt. Vor allem ist für vollständige Ruhe des Patienten zu sorgen; Zufuhr von Speise und Trank, Entleerung von Urin und Koth muss in liegender Stellung bewirkt werden. Gegen die neuralgischen Schmerzen wird Opium, am besten vom Rectum aus,



bei Verdacht auf gleichzeitige Malaria in Verbindung mit Chinin gegeben. Hiermit kommt man in leichten Fällen meist aus. In den schwereren muss vor Allem das hartnäckige Erbrechen bekämpft werden. Umschläge von Senf, Chloroform, aromatischem Wein auf die Magengegend, innerlich Champagner in Eis, Cognac in gekühltem Selterswasser, kleine Dosen Morphium mit Aq. Laurocerasi haben sich am meisten wirksam, auch in den Fällen von Blutbrechen, erwiesen. Als Antipyreticum wird vor Allem die Digitalis (als Tinktur zu 30—40 Tr. 3—4 stdl.) gerühmt. Chinin in mittleren Dosen blieb ohne Wirkung. Die gute Wirkung kalter Bäder wird durch die damit verbundene unvermeidliche Aufregung und Störung des Kranken kompensirt. Gegen Collaps die gewöhnlichen Stimulantien. Bei Suppressio urinae salinische Abführmittel, Schröpfköpfe, später Breiumschläge in die Nierengegend, Warmwasserinjektionen in den Mastdarm. Bei Delirien und Convulsionen in Verbindung mit hohem Fieber Eisblase auf den Kopf, Blutentziehungen im Nacken, Calomel in purgirender Dosis. Besondere Aufmerksamkeit muss auf die Ernährung des Kranken verwendet werden. Bei Erwachsenen in den ersten 3—4, bei Kindern in den ersten 2—3 Tagen absolute Diät. Dann Versuch mit Darreichung von Milch und Gerstenschleim esslöffelweise; wird dies vertragen, Hühnersuppe und Beefsteak. Wird Alles ausgebrochen, muss Ernährung vom Rectum aus versucht werden.

Schlusssätze.

1) Der Symptomencomplex des gelben Fiebers wird durch das Eindringen eines specifischen Giftes in den Organismus erzeugt.

2) Die specifische Natur des Giftes wird bewiesen a) durch den ganz eigenthümlichen Krankheitsverlauf, der in genau derselben Weise bei jeder Epidemie beobachtet wird; b) durch die Thatsache, dass das Gift von Ort zu Ort transportirt werden kann und stets dieselbe Krankheit hervorruft.

3) Die organisirte Natur des Giftes wird wahrscheinlich gemacht a) durch seine Reproduktionsfähigkeit; b) durch den Umstand, dass seine Entwicklung durch mässige Wärme und Feuchtigkeit begünstigt, durch extreme Hitze und Kälte gestört wird.

4) Das Gift wird hauptsächlich, wenn nicht vollständig im Körper des Kranken reproducirt, verändert aber seine Natur nach dem Austritt aus dem Organismus in der Weise, dass seine toxischen Eigenschaften zunehmen. Es haftet an den verschiedensten Gegenständen, und wird selten von der Person des Kranken selbst, meist durch den Besuch inficirter Lokalitäten oder die Berührung inficirter Gegenstände übertragen.

5) Seine Fähigkeit, die Luft zu inficiren, ist an gewisse Grenzen gebunden. Wird es über diese Grenzen hinaus verschleppt, so geschieht dies durch den menschlichen Verkehr.

6) Die Luft scheint das vermittelnde Medium zu sein, aus welchem das Gift durch die Athmung in den Körper übergeht. Beweise für die Aufnahme mit Speise und Trank fehlen.

7) Klinisch betrachtet ist das gelbe Fieber eine begrenzte, aus einem Anfall bestehende Krankheit. Während dieses letzteren ist die durch das Gift bewirkte Dissolution des Blutes beendet.

8) Da es kein specifisches Mittel gibt, muss die Behandlung eine rein symptomatische sein.

9) Die einzig wirksame Prophylaxis ist, die Gesunden von jeder Berührung mit inficirten Personen oder Gegenständen abzuschliessen. Dies wird erreicht a) durch eine rationelle Quarantäne; b) durch sorgsame Isolirung des Kranken; c) durch genaue Reinigung und Desinfektion der Krankheitsherde und der inficirten Lokalitäten.

Brockhaus (Godesberg).

---

2. **Heyl, Metastatic Tenonitis in diphtheria.** Metastatische Entzündung der Tenon'schen Kapsel bei Diphtheritis. (The american Journal of the medical Sciences. April 1880. S. 429—434.)

Bei einem an Diphtheritis leidenden, kräftigen 52 j. Manne hatte sich unter hohem Fieber und starker Benommenheit des Sensoriums eine Anschwellung der tiefen Halsdrüsen linkerseits sowie eine entzündliche Schwellung des linken Auges gebildet. Der Bulbus prominirte stark, die Conjunctiva war injicirt und chemotisch, die Pupille sehr eng. Nach Erweiterung derselben durch Atropin ergab die Untersuchung mit dem Augenspiegel klare brechende Medien und abgesehen von einer geringen Undeutlichkeit der Papillengrenze normalen Hintergrund. Unter einer anfangs antiphlogistischen Behandlung und darauf folgender Anwendung von Kataplasmen nahm der Exophthalmus allmählig ab, die entzündlichen Erscheinungen schwanden und nach etwa 8 Tagen war die Heilung vollendet. H. glaubt, in vorliegendem Falle Entzündung des retrobulbären Zellgewebes ausschliessen zu dürfen, da dieselbe fast immer zur Eiterung führt. Gegen Thrombose des Sinus cavernosus spricht der rasche Verlauf und das Fehlen der für diese Affection charakteristischen Symptome, der prall gefüllten Frontal- und Orbitalvenen sowie der an ein orbitales Aneurysma erinnernden Pulsation des prominirenden Bulbus. Vielmehr nimmt Verfasser eine metastatische Entzündung der Tenon'schen Kapsel an; er glaubt, dass der entzündliche Process direct von den erkrankten tiefen Halsdrüsen sich auf die intracraniellen Lymphgefässe und von dort auf die Lymphräume der Tenon'schen Kapsel fortgepflanzt habe und erörtert die anatomischen Verhältnisse, die ein derartiges Fortschreiten der Entzündung ermöglichen. Als Stütze für seine Ansicht führt er die Thatsache an, dass ähnliche metastatische Erkrankungen des Auges sowohl bei Cerebrospinalmeningitis als bei Gesichtsrose beobachtet sind, für welche Beobachtungen eine ausreichende Erklärung nur in der Annahme einer Verbreitung der Entzündung vermittelst der Lymphbahnen zu finden sei.

Brockhaus (Godesberg).

---

3. **Van Harlingen, Three cases of syphilitic muscular contraction.** 3 Fälle von syphilitischer Muskelcontraction. (The american journal of the medical sciences. April 1880. S. 399—405.)

Syphilitische Erkrankungen der Muskeln kommen selten zur Beobachtung. Sie sind nicht, wie man früher annahm, lediglich tertiäre Symptome, sondern kommen in jedem Stadium der Syphilis vor. Die



frühzeitig auftretenden lassen sich nach Fournier in 5 Formen unterscheiden: 1) Muskelschmerz (Myosalgia), 2) Muskelcontraction, 3) Muskelschwäche, 4) Muskelatrophie, 5) Tremor; die den späteren Stadien der Syphilis angehörenden charakterisiren sich durch Gummabildung. Van H.'s Fälle gehören der 2. der obigen Formen an.

Fall 1. Negerin, 25 Jahr. Erstes Auftreten der Muskelaffection 7 Monate nach erfolgter Infection. Nackensteifigkeit, allgemeine Schmerzhaftigkeit der Muskulatur. Der rechte Arm kann nur bis zu einem Winkel von 150° gestreckt und nicht völlig gebeugt werden. Bei forcirten Extensions- und Flexionsbewegungen Schmerz an den Insertionsstellen des Biceps und Triceps. Beide Muskeln leicht gegen Druck empfindlich, ersterer contrahirt. Langsame aber vollständige Heilung unter dem Gebrauch von Quecksilber und Jodkali.

Fall 2. Negerin, 44 Jahr. Erstes Auftreten der Muskelsymptome 14 Monate nach der Infection. Steifigkeit und Schmerzhaftigkeit des linken Ellbogengelenks; Unvermögen die Hand an den Hinterkopf zu bringen und den Arm über einen Winkel von 135° zu strecken. Bei forcirter Extension, besonders aber bei starker Pronation heftige Schmerzen an der Insertionsstelle und im Verlauf des Biceps. Flexion im Ellbogengelenk über einen rechten Winkel hinaus behindert. Bei antisyphilitischer Behandlung Heilung.

Fall 3. Zeit der Infection nicht zu bestimmen. Gleichzeitig mit einem ausgedehnten papulösen Syphilid traten rheumatoide Schmerzen in der rechten Schulter und dem linken Knie auf. Heilung nach Sublimatgebrauch. Ein Jahr später grosses Schwächegefühl und Steifigkeit im linken Arm; vollständige Streckung unmöglich. Besserung unter derselben Medication. Sechs Monate nachher heftige, schiessende Schmerzen im linken Knie, linken Schulter-, Ellbogen- und Handgelenk, bis zu den steifen und geschwollenen Fingern ausstrahlend. Active Bewegungen des l. Armes sehr erschwert, passive unbehindert mit Ausnahme der starken Streckung, wobei Schmerzen an der Insertionsstelle des Biceps auftraten. Druckempfindlichkeit auf der Höhe der Schulter, am äusseren Schulterblattrande und im Verlauf des Biceps. Drei Monate später Contraction des rechten Triceps; Flexion nur bis zu einem rechten Winkel möglich. Unter Jodkaligebrauch Besserung, doch entzieht sich Pat. vor vollendeter Heilung der Behandlung.

Im Anschluss an diese Fälle und mit Heranziehung ähnlicher Beobachtungen anderer Autoren gibt Verfasser folgende Charakteristik der syphilitischen Muskelcontraction. Dieselbe behält vorzugsweise Biceps und Triceps brachii, nach Mauriac besonders die linksseitigen. Beweglichkeit je nach dem Grade der Contraction mehr oder weniger vermindert; forcirte Bewegungsversuche rufen Schmerz an den Insertionsstellen der ergriffenen Muskeln hervor. Sind Biceps und Triceps einer Seite gleichzeitig erkrankt, so kann eine Art von muskulärer Anchylosis resultiren. Empfindlichkeit der afficirten Muskeln gegen Druck wird selten, allgemeine Schmerzhaftigkeit der Muskeln mit gelegentlichen Zuckungen öfter beobachtet. Die Affection entwickelt sich schleichend, complicirt meist leichtere Formen der Syphilis, beginnt zwischen dem 6. und dem 14. Monat nach der Infection und dauert, sich selbst überlassen, mit Remissionen und Exacerbationen 1 Jahr



und länger. Alter, Geschlecht und Beschäftigung scheinen ohne Einfluss. Ob eine schleichende Myositis (Mauriac) oder eine Neuritis der Erkrankung zu Grunde liegt, lässt sich zur Zeit nicht entscheiden. Die constant sich findende Schmerzhaftigkeit an den Insertionsstellen der ergriffenen Muskeln legt die Vermuthung nahe, dass hier, resp. in den Sehnen der pathologische Process zu suchen ist; doch fehlen entscheidende Beobachtungen, besonders mikroskopische Untersuchungen vollständig. Die Diagnose ist nicht schwer. Selten fehlen, da die Erkrankung meist in einem frühen Stadium der Syphilis beginnt, anderweitige luetische Symptome; in andern Fällen entscheidet die Anamnese. Charakteristisch ferner und als unterscheidendes Merkmal von ähnlichen, namentlich rheumatischen Muskelerkrankungen anzusehen ist der Umstand, dass es bei Letzteren immer gelingt, wenn auch oft unter heftigen Schmerzen, die Contraction der Muskeln zu überwinden, während dies bei der in Rede stehenden Erkrankung nicht möglich ist. Am leichtesten ist die Verwechslung mit der von Brissaud und Bichet beschriebenen hysterischen Muskelcontraction, die ebenfalls ihren Sitz vorzugsweise im Biceps brachii hat. Hier muss die Berücksichtigung der Begleiterscheinungen die Diagnose sichern.

Die Behandlung besteht in dem Gebrauch antisyphilitischer Mittel und der Anwendung schmerzstillender Einreibungen. Die Prognose ist günstig, da der Process auch ohne specifische Behandlung, freilich immer erst nach sehr langer Zeit zur Heilung kommt. In den ersten beiden Van H.'schen Fällen war die Heilung in 8 resp. 10 Monaten vollendet.

Brockhaus (Godesberg).

---

4. **Dr. Rich. Schulz,** Braunschweig, **Beitrag zur Lehre von der „spastischen Spinalparalyse“.** (Centralblatt für Nervenheilkunde, Psychiatrie etc. 1880. Nr. 18.)

S. theilt einen Fall mit, den er als spastische Spinalparalyse trotz Abweichungen in einigen Punkten, ansprechen zu müssen glaubt und welcher einen weiteren Beweis liefern soll, dass bei dieser Krankheit, wenn auch in seltenen Fällen, Heilung vorkommt. Die Erscheinungen waren im Wesentlichen Parese beider unteren Extremitäten, keine objektiv nachweisbaren Sensibilitätsstörungen, Muskelspannungen, gesteigerte Sehnenreflexe, keine Störung der Blasenfunktion. Abweichende Erscheinungen waren Schmerzen in den Beinen, Schmerzhaftigkeit der Nervenstämme an den Beinen bei Druck, Schwellung und Röthung an den Knöcheln der Füsse. Die Diagnose lautete auf eine durch Ueberanstrengung auf der Wanderschaft hervorgerufene Neuritis ascendens und auf eine sekundär durch diese hervorgerufene, wohl durch Hyperämie bedingte Reizung der Seitenstränge des Rückenmarks. Hieran fügt S. zwei Fälle mit dem mehr oder weniger reinen Bilde der spastischen Spinalparalyse, das eine Mal bis zum Tode, das andere Mal mehr vorübergehend in der ersten Krankheitszeit, bei einer Compressionsmyelitis im Dorsalmark ohne nachgewiesene sekundäre degenerative Vorgänge in den Seitensträngen und bei einer Querschnittsmyelitis im Dorsalmark mit sekundärer Degeneration der Seiten- und Hinterstränge.



Hiernach schliesst S. sich der Auffassung Leydens an, dass „die spastische Lähmungsform ein ziemlich häufiges Symptom ist bei Rückenmarkskrankheiten verschiedener Art, dass sie aber keine eigene Krankheitsform darstellt." S. will aber aus praktischen Gründen an der klinischen Form der spastischen Spinalparalyse festhalten, da dieselben nur mit Erkrankung der Seitenstränge in Verbindung gebracht werden und ihr Symptomenkomplex nur durch eine Störung der Funktion der Seitenstränge (Erb) zu Stande kommen kann.

Oebeke (Endenich).

---

5. **Prof. C. Westphal, Ueber die Beziehungen der Luës zur Tabes dorsalis und eine eigenthümliche Form parenchymatöser Erkrankung der Hinterstränge des Rückenmarks.** (Archiv für Psychiatrie etc. Bd. XI. Heft 1.)

W. fand unter 75 (55 M. 20 Fr.) Tabetiker bei psychisch Gesunden, nachdem er 22 andere Fälle wegen ungenügender Anamnese ausgeschieden:

| | | Fälle | % |
|---|---|---|---|
| Schanker ohne sekundäre Erscheinungen | bei | 14 | 18,6 |
| „ mit „ „ | „ | 11 | 14,6 |
| Zweifelhaft, ob Schanker vorhanden gewesen | „ | 3 | 4 |
| Schanker positiv geleugnet | „ | 47 | 62,6 |
| Männer und Frauen gesondert berechnet, ergibt: | | | |
| für 55 Männer: | | | |
| Schanker ohne sekundäre Erscheinungen | „ | 14 | 25,4 |
| „ mit „ „ | „ | 11 | 20 |
| Zweifelhaft, ob Schanker vorhanden war | „ | 2 | 3,6 |
| Schanker positiv geleugnet | „ | 28 | 50,9 |
| für 20 Frauen: | | | |
| Schanker ohne sekundäre Erscheinungen | „ | 0 | 0 |
| „ mit „ „ | „ | 0 | 0 |
| Zweifelhaft ob Schanker vorhanden war | „ | 1 | 5 |
| Schanker positiv geleugnet | „ | 19 | 95 |

Der status praesens ergab bei sämmtlichen 97 Fällen:

Keine Erscheinungen von Syphilis bei 94,
Vorhandene „ „ „ „ 1,
Zweifelhafte „ „ „ „ 2.

| | | |
|---|---|---|
| Ausführliche Sektionsberichte lagen vor von | 16 | Autopsien |
| und zwar von Frauen | 5 | „ |
| und von diesen bestand Syphilis innerer Organe bei | 0 | „ |
| dagegen von den Männern unter | 11 | „ |
| keine Syphilis innerer Organe bei | 9 | „ |
| Narben in Rachen und Tonsillen, glatter Zungenrand bei | 1 | „ |
| Zweifelhafter Befund bei | 1 | „ |

Demnach vorausgegangener Schanker bei 33 %, sekundäre Syphilis bei 14 % und zwar nur bei Männern, bei keiner Frau vorangegangene sekundäre Syphilis. Jedes Geschwür wurde in Abrede gestellt bei 50,9 % der Männer und 95 % der Frauen. Nur in einem Falle konnten syphilide Erscheinungen noch konstatirt werden und bei einer Autopsie ältere Residuen von Syphilis.

W. führt dann die Ergebnisse einer Reihe anderer Autoren über die Beziehung zwischen Tabes und Syphilis an und zwar zunächst

Erb. Er fand unter 73 Fällen von Tabes 47 mit voraufgegangener Syphilis, also 64 %, und ohne solche etwas mehr als 35 %. Dagegen unter 85, nicht tabischen Männern in der Altersklasse der Tabischen, 71 ohne alle Syphilis, d. i. 83,5 %, 14 mit solcher, d. i. 16,5 %, und von diesen nur 7 mit sekundärer Syphilis, d. i. 8,25 %, 7 mit einfachem Schanker, d. i. 8,25 %; also unter den nicht tabischen Männern nur 8 % Syphilitische.

Carré fand bei seinen Ataktischen 10 resp. 20 % Syphilitische, Topinard in 114 Fällen 13 % mit syphilitischen Antecedentien, Berger in 145 Fällen 20 %, Seeligmüller (resp. Gesenius) in 56 Fällen 21,4 ev. 10 % vorangegangener Syphilis, Fournden unter 30 Fällen 80 %, Ferreol von 11 Fällen 45,5 %, Siredey von 10 Fällen 80 %, Remak (bei Ausschluss einfachen weichen Schankers) 25 %, Bernhardt unter 37 Fällen 21,6 % früher sekundär Syphilitische, bei 22 keine frühere syphilitische Erkrankung, ebenso nicht bei 7 tabischen Frauen, und ein Gleiches fand Lothar Meyer bei 19 tabischen Frauen. Ferry fand unter 220 Fällen von Tabes 18 syphilitische, Eisenmann keinen, in welchem Syphilis Ursache der Bewegungsataxie gewesen, Eulenburg unter 149 nur einen, Rosenthal unter 65 einen, Vulpian unter 20 mindestens 15.

Wir finden also 10 % (bei Frauen 0 %) bis hinauf zu 80 % angegeben. Bei solcher Differenz der Angaben kann man einen wissenschaftlichen Werth dieser Statistik nicht zugestehen und pathologisch-anatomische Thatsachen, um ein ätiologisches Verhältniss zwischen Syphilis und Tabes wahrscheinlich zu machen, gibt es nicht, speziell sind keine „Systemerkrankungen“ als Folge von Syphilis durch Autopsie nachgewiesen. Die Resultate antisyphilitischer Kuren sind kläglich genug. W. kennt keinen einzigen Fall von Heilung durch dieselben und Remissionen kommen auch ohne sie vor. W. kommt zu dem Schlusse, dass bisher die ätiologische Beziehung der Syphilis zur Tabes (strangförmigen Erkrankung der Hinterstränge) weder auf klinischem noch pathologisch-anatomischem Wege nachgewiesen oder auch nur wahrscheinlich gemacht worden ist, und dass die bisherigen statistischen Erfahrungen ein Urtheil nach dieser Richtung nicht gestatten (cf. Centralblatt Nr. 1). Da nun aber die Diagnose einer strangförmigen Erkrankung nicht immer sicher, eine andere wirklich specifische Erkrankung nicht immer mit Sicherheit ausgeschlossen werden kann, so sind wir vom praktischen Standpunkte berechtigt, entsprechende Kurversuche zu machen, vorausgesetzt, dass nicht die Gefahr einer nachtheiligen Einwirkung auf den Verlauf der Rückenmarkserkrankung selbst daraus erwächst.

Hieran fügt W. die Beschreibung eines Falles mit eingehenden epikritischen Bemerkungen; ein Mann, 30—40 Jahre alt, klagte seit Monaten über dumpfen Stirnschmerz und hatte ab und zu Zuckungen im rechten Arm. Es traten später heftige klonische Zuckungen der rechten Körperhälfte in Gesicht, Halsmuskulatur, Arm und Bein ein mit benommenem Sensorium, nachfolgender Parese der rechten Extremitäten und bedeutend herabgesetzter Sensibilität derselben. Die Con-

vulsionen dauern 20 Sekunden und wiederholen sich fast alle 5 Min. Auf Fragen keine Reaktion, Nahrungsaufnahme nicht möglich. Tod im tiefen Coma am 7. Tage nach seiner Aufnahme. Bestimmte Symptome früherer Syphilis nicht zu eruiren. Die Sektion ergab einen verdickten Schädel, im sulcus longitud. beiderseitig dicht über dem Balken je einen Zweimarkstück grossen Geschwulstknoten, die pia mater an ihnen sehr fest adhärirend. Links steckt die Geschwulst im gyrus fornicatus und setzt sich in die linke Hälfte des Balkens fort, wo ein bohnengrosser Tumor, im Centrum durchscheinend grau-gelb, in der Peripherie glasig-grau, sitzt. Die graue Substanz der thal. optic. ist fleckig, theils grauroth. Dura mater im oberen Theil des Rückenmarks stark verdickt; vom pons durch die medulla bis in den mittleren Theil der Halsanschwellung starke Röthung, im Halsmark lebhafte Röthung beider Hinterstränge. Hyperämie des Gehirns und Rückenmarks. Wie im Gehirn, so in der Leber gummata, sodann Pharyngitis, Uranitis gummosa; also ohne Zweifel konstitutionelle Syphilis. Gewisse Parthien der Hinterstränge im Halstheile zeigten bei erhaltenen, aber voluminöser gewordenen Axencylindern einen Schwund der Markmasse. Das interstitielle Gewebe weder vermehrt noch von veränderter Beschaffenheit. Viele Gefässe erweitert, verdickt, mit Blutkörperchen angefüllt.

W. wirft mit grosser Reserve die Frage auf, ob man etwa in diesem, bisher unbekannten Befunde: einem besonderen parenchymatösen Processe, mit Hyperämie und Verdickung der Gefässwandung, ohne Betheiligung der eigentlichen neuroglia, ausgezeichnet durch Schwund des Markes und Erhaltenbleiben der, theilweise verdickten, Axencylinder — endlich eine charakteristische und specifische Wirkung der Syphilis auf das Nervensystem vor sich habe? Und ob etwa damit der Beweis geliefert sei, dass der syphilitische Process sich nicht nur vom Bindegewebe aus entwickle, sondern primär das Parenchym und sogar ganz isolirt ergreife?

W. stellt diesem seinem Falle einen von Schultze gegenüber, in welchem ein Sarkom des vordern Balkenabschnittes bestand mit einer genau markirten Degeneration der fasciculi cuneati der Hinterstränge bis in das untere Dorsalmark. Mikroskopisch fand sich: Fehlen des grösseren Theiles sämmtlicher Axencylinder in den fasciculi cuneati, das Nervenmark grösstentheils vorhanden, die neuroglia nicht deutlich vermehrt. Im Uebrigen ergab sich histologisch eine ziemliche Uebereinstimmung mit W.'s obigem Falle. Sehr bemerkenswerth ist, dass in keinem der beiden Fälle Ataxie bestand.

Oebeke (Endenich).

---

6. **Prof. Dr. Fr. Schultze,** Heidelberg, **Ueber die Beziehungen der multiplen Sklerose des centralen Nervensystems zur allgemeinen progressiven Paralyse der Irren.** (Arch. f. Psychiatrie etc. Bd. XI. Heft 1.)

Da bei den oben genannten Krankheitsformen eine ausgedehnte Veränderung des Gefäss-Bindegewebsapparates im centralen Nervensystem vorhanden zu sein pflegt, so liegt nach S. die Annahme nahe,

dass auch Misch- und Uebergangsformen vorkommen mögen. Hiervon beschreibt S. 2 Beispiele, deren ersteres ein sehr trübes klinisches und ungenaues anatomisches Bild liefert, während bei dem 2. eine genauere klinische Untersuchung nicht stattfinden konnte.

Der erste Kranke, von gesunden Eltern stammend, hatte einen vorübergehend epileptischen Bruder, war 36 Jahre alt, im 26. Jahre syphilitisch, leicht jähzornig, trank gern und delirirte dann viel. Die ersten Erscheinungen der Krankheit waren Zittern in Armen und Beinen, besonders bei intendirten Bewegungen; Schreiben und Korbflechten daher unmöglich; ausserdem Schmerz in Stirn, Armen und Beinen, Sprachstörung und manchmal Doppelbilder. Nach $^1/_2$ Jahr Schwindelanfall, wonach alle Erscheinungen schlimmer; es traten hinzu Taub- und Pelzigsein in Armen und Beinen, manchmal Gesichtshallucinationen und etwa alle 8 Tage epileptiforme Anfälle mit Bewusstlosigkeit und allgemeinen Convulsionen; zeitweise incontinentia urinae. $^1/_4$ Jahr nachher die Kraft des rechten Armes und der rechten Hand, ebenso die Sensibilität erheblich herabgesetzt. Rechts der Patellarreflex erhöht. Rechte Pupille weiter als die linke, krampfhafte Zuckungen der Kaumuskeln. Sprache langsam, stockend, monoton. Zunge beim Hervorstrecken stark zitternd. Oft Schwindelgefühl, Kopfzittern beim Aufrichten des Kranken. Unter Schwankungen bleibt der Zustand im Wesentlichen derselbe bis etwa 6 Wochen vor dem Tode (der nach 2 Jahren seit Beginn des Leidens erfolgte); dann begann Pat. plötzlich zu deliriren, schrie laut, schlug und warf um sich, schimpfte gewaltig. Die Sprache unverständlich, mühsam, kein Intentionszittern mehr, an der rechten Hand Atrophie der interossei in 2 Spatien, rechts Facialisparese, incontinentia alvi, retentio urinae. Später Grössenwahn, hohe Reizbarkeit (er ist Kaiser von Deutschland, hat Kisten mit Gold), Widerspenstigkeit, Nahrungsverweigerung, Unreinlichkeit, Kothschmieren, Gedächtnissschwäche. Rechtes Bein paralytisch, das linke ataktisch. Decubitus. In den letzten 2 Wochen des Lebens der Zustand ruhiger, Schlummersucht, Zähneknirschen, Zuckungen im Gebiete des r. facialis und in den rechten Extremitäten, häufiger tremor im rechten Arm, Sprache sehr undeutlich, wiederholtes Erbrechen; rechter bulbus nach unten und oben abweichend, irreguläre Respiration. Tod. Die Autopsie ergab den gewöhnlichen makroskopischen und mikroskopischen Befund der allgemeinen Paralyse: diffuse Bindegewebshyperplasie neben Atrophie des Grosshirns und daneben eine exquisite multiple Sklerose des Rückenmarks. Die Windungen des Grosshirns waren ausserordentlich schmal und durch breite Zwischenräume von einander getrennt, welche durch die ödematöse pia mater ausgefüllt wurden; ausserdem hydrocephalus internus mit Ependymwucherung. Die erheblichen und ausgedehnten Veränderungen am Rückenmark mit dem Charakter der sog. multiplen Sklerose liessen sich erst nach mehrtägigem Liegen in Müller'scher Flüssigkeit erkennen. Hauptsächlich sind der unterste Theil der Halsanschwellung und das 3. Viertel des Dorsaltheiles von der Veränderung betroffen, sodann die Pyramiden- und Hinterstrangbahnen mehrfach durch Degenerationsbezirke durchbrochen. Die verfärbten Parthien zeigten fast völliges Fehlen der Nervenfasern und Achsencylinder, enorme Anhäufungen von Körnchenzellen, hochgradige Infil-

tration aller Gefässwände mit Körnchenzellen und Ersatz der nervösen Bestandtheile durch ein bindegewebiges Gewebe. In den normal erscheinenden Abschnitten der weissen Substanz entschiedene Vermehrung des Bindegewebes, in den sklerotischen Abschnitten der grauen Substanz völliges Fehlen der grossen multipolaren Ganglienzellen. Die etwaigen psychischen Störungen bei der multiplen Sklerose brauchen daher nicht von der Entwicklung multipler Herde in der Grosshirnsubstanz abhängig zu sein.

S. fügt dann einen zweiten ähnlichen Fall hinzu mit raschem Verlauf, welcher anatomisch ebenfalls den Befund einer chronischen Meningitis des Gehirns und Rückenmarks, ausserdem diffuse Bindegewebshyperplasie im Grosshirn und in der medulla spinalis neben kleinen sklerotischen Herden in letzterer ergab.

Oebeke (Endenich).

---

7. **Dr. R. Ultzmann, Zur Diagnose der Pyelitis.** (Wien. med. Presse. 1880. Nr. 34.)

Bei entzündlichen Processen im Nierenbecken wird jedesmal auch der Papillartheil der Nieren in Mitleidenschaft gezogen; diese Mitleidenschaft der Niere manifestirt sich durch gleichzeitige renale Albuminurie neben der von den Wandungen des Nierenbeckens herrührenden Pyurie. Der Harn enthält daher bei Pyelitis stets mehr Albumin, als dem Eitergehalt desselben entsprechen würde. Das gleichzeitige Vorkommen von Pyurie und renaler Albuminurie findet sich jedoch auch bei anderen Erkrankungsformen des Harnapparates, berechtigt also für sich allein nicht zur Diagnose Pyelitis.

Saure Reaction des Harnes kann, da Catarrhe der Blase mit saurer Reaktion des Harnes und Nierenbeckencatarrhe mit alkalischer Reaktion vorkommen können, nicht, wie man früher annahm, ein differentialdiagnostisches Moment zwischen Cystitis und Pyelitis bilden.

Gegen die Gültigkeit anderer, als für Pyelitis charakteristisch angegebener Symptome, lässt sich anführen, dass die wolkige Trübung durch sich ausscheidende Phosphate, die flockige Beschaffenheit des Sediments durch chronische Prostatitis entstanden sein können, dass die cylindrischen Pfröpfe zusammengebackener Eiterkörperchen ebensogut einem Eiterpropfe aus den Ductus papillar. als einem solchen aus den Ductus prostatic. oder den kleinen Drüsen des Blasengrundes entsprechen. Was das Vorkommen des Nieren- oder Nierenbeckenepithels anbetrifft, so sind die letzteren, die sogenannten einfach und doppelt geschwänzten Zellen in den Harnen bei Pyelitis nicht zu finden. Das Epithel aus dem Nierenbecken unterscheidet sich überhaupt, wenn es sich im Harnsedimente befindet, gar nicht von dem Epithel der Blase. Die als charakteristisch für die Pyelitis aufgestellten Epithelien aus den gerade verlaufenden Harnkanälchen, jene bald runden oder ovalen oder endlich schmetterlingsförmig abgerundeten kleinen Epithelien mit grossem runden Kerne sind noch der genaueste Anhaltspunkt für die Diagnose der Pyelitis. Doch sind diese Zellen leicht mit dem Epithel aus der Prostata und aus den kleinen Drüsen der Harnröhre zu verwechseln, ja unter Umständen nicht von diesen zu

unterscheiden, so dass man aus dem mikroskopischen Befunde allein nicht immer die Differentialdiagnose zwischen Pyelitis und Catarrh des Blasenhalses stellen kann. „Ja zuweilen ist man dies aus dem gesammten Harnbefunde zu stellen nicht im Stande.“ „Das wichtigste Moment im Harnbefunde wird nebst der Polyurie und der sauren Reaktion noch auf den Albumingehalt des Harnes gelegt.“ Es können jedoch, wie U. an Beispielen darthut, bei Erkrankungen des Blasenhalses (der Prostata) und des Trigonum Pyurien zu Stande kommen, welche der Pyelitis darin gleich kommen, dass sie mehr Albumin im Harne nachweisen lassen, als dem Eitergehalt entsprechen würde. U. erklärt dies auf folgende Weise: Nach Runeberg's einleuchtender Theorie filtrirt bei jenen Formen der Albuminurie, welche ohne parenchymatöse Veränderung der Nieren einhergehen, das Albumin aus dem Glomerulus in das Harnkanälchen dann, wenn entweder der Druck im Glomerulus abnimmt, oder, wenn dies nicht der Fall ist, dann, wenn von Seiten des Harnkanälchens dem sekretorischen Drucke im Glomerulus ein Gegendruck geboten wird, wie dies bei den Stauungen des Harnes im harnableitenden Systeme auf die verschiedenste Weise zu Stande kommen kann.

„Eine solche Rückstauung des Urins nun findet auch jedesmal beim heftigen und schmerzhaften Harndrange statt, wie dies am häufigsten bei den entzündlichen Processen der Prostata und des Trigonum vorzukommen pflegt.“ (Die Nierenerkrankungen, die Pyonephrose und auch die primäre, nicht aufsteigende, Pyelitis bedingen keinen häufigen Harndrang; bei Erkrankungen der Blase pflegt der Harndrang nur dann stark und schmerzhaft zu sein, wenn die Erkrankung ihren Sitz in der Gegend des Blasenhalses aufgeschlagen hat.)

Das Zustandekommen der Rückstauung des Urins bei heftigem Harndrang erklärt U. aus der krankhaft vermehrten Contraktion der Muskulatur im Gebiete des Trigonum. Er zeigt, dass die anatomische Anordnung dieser Muskulatur eine solche ist, dass, wenn sich dieselbe allein oder doch mit grösserer Intensität, als die Gesammtmenge der Detrusoren contrahirt, eine Rückstauung durch Erweiterung der Ureterenmündungen erzeugt werden kann; dass, wenn sich die Muskulatur des Trigonum und die Gesammtmasse der Detrusoren in gleich kräftiger Weise contrahiren, die Rückstauung des Harnes durch Compression der Ureterenmündungen erklärt werden muss.

U. schliesst mit dem Satze: „Die acute Pyelitis würde jedenfalls durch das gleichzeitige Vorhandensein renaler Schmerzen, durch stärkeres Fieber, durch Uebelkeit und Erbrechen besser charakterisirt sein, als durch den Harnbefund allein, während bei der chronischen Pyelitis ohne stärkeren Harndrang die constante Polyurie in Verbindung mit dem Befunde der gemischten Form der Pyurie mit renaler Albuminurie jedesmal schon allein die Diagnose feststellen.“

Ungar.

---

8. **Clinton Cushing, Absorption of a large fibroid tumour of the Uterus under the use of Ergot.** Heilung eines grossen Uterusfibroids durch Ergotin. (The amer. journal of med. sciences. April 1880. S. 436 und 437.)

Bei einer 44 j. Frau hatte sich unter häufigen profusen Blutungen und zeitweiligen heftigen Leibschmerzen in der hinteren Wand des Uterus ein fibröser Tumor entwickelt, der letzteren bis zu einer dem 5. Schwangerschaftsmonat entsprechenden Grösse ausdehnte. Abends und Morgens wurde 1 Theelöffel des flüssigen Mutterkornextracts gereicht. Nach 10 Tagen heftige, wehenartige Schmerzen und ein profuser, weisser, flockiger Ausfluss. Das Mittel wurde ausgesetzt, bis nach 4 Tagen die Schmerzen sich verloren, dann in derselben Dosis und mit demselben Erfolg aufs neue gereicht. In dieser Weise wurde die Behandlung 4 Monate hindurch fortgesetzt, und dabei unter fortwährendem starkem, wässrigem, zuweilen etwas ätzendem Ausfluss eine stetige Verkleinerung des Uterus constatirt. Am Ende des 4. Monats war der Uterus von normaler Grösse, die Menses traten regelmässig und in gewöhnlicher Stärke ein.

Verfasser hält dafür, in allen ähnlichen Fällen von fibrösen, zu starken Blutungen Anlass gebenden Uterustumoren einen Versuch mit der Anwendung von Ergotin zu machen, ehe man zu operativen Eingriffen übergeht. In der subcutanen Anwendung des Mittels sieht er nur dann einen Vortheil, wenn dasselbe vom Magen aus nicht vertragen wird. Brockhaus (Godesberg).

---

9. **John Clay, On the treatement of cancer of the female generative organs by a new method.** Neue Methode der Behandlung des Carcinoms der weiblichen Genitalorgane. (The Lancet, 1880 I Nr. 13.)

10. **John Clay, Notes on Chian turpentine, and its use in cancer.** Bemerkungen über Chian-Terpentin und dessen Gebrauch bei Carcinom. (The Lancet, 1880 II Nr. 14.)

In Bd. I Nr. 13 berichtet C. ausführlich über vier Fälle von Carcinom der weiblichen Genitalorgane, in denen er trotz vorgeschrittener Entwicklung der Neubildung, bei stark beeinträchtigtem Allgemeinbefinden, bedeutende Besserung bez. bei genügend langer (Monate langer) Behandlung Heilung erzielt hatte durch Darreichung von Chian-Terpentin, 0,24 täglich zwei Mal. Schon nach einigen Tagen waren die Schmerzen verschwunden, reichlicher weisser, dicklicher Ausfluss stellte sich ein, das Allgemeinbefinden hob sich, und die Neubildung „schmolz“ stetig weg. Bald läugneten andere Autoren diese auffallenden Wirkungen des Chian-Terpentins. Dem gegenüber hebt C. in dem zweiten Aufsatz (Bd. II Nr. 14) hervor, dass man die Fälle nicht hinlänglich lange beobachtet habe, und dass statt des Chian-Terpentins andere Terpentin-Sorten, welche unter diesem Namen verkauft würden, angewendet worden seien. Auch sei die Form der Darreichung nicht gleichgültig. C. hat das echte Präparat aus Scio bezogen und lässt aus demselben mit Tragacanth und Syrup eine Emulsion bereiten, oder gibt es in Pillen mit Schwefelblüthen, welche die



günstige Wirkung desselben zu vermehren scheinen. Nach mehrere Monate langem Gebrauch soll das Mittel für acht Tage ausgesetzt und ein Tonikum gereicht werden. Bei diesen Vorsichtsmassregeln sah Verf. nicht nur bei Carcinom der weiblichen Genitalorgane, sondern auch bei dem der Mamma, des Gesichts, des Rektum die schlagendsten Erfolge. Andere Beobachter bestätigen dieselben. Weniger günstig waren sie bei Abdominalcarcinomen.

E. Bardenhewer.

---

11. **S. Ringer, Ueber die Antagonisten des Aconitin am Froschherzen.** On the antagonisms of aconitia on the frog's heart. (Journ. of Physiology, Vol. II. Nr. 5 u. 6.)

Ringer untersuchte mehrere Alkaloide in Rücksicht auf ihre antagonistische Wirksamkeit dem Aconitin gegenüber, und zwar mit besonderer Beziehung auf das Verhalten des Froschherzens. Er fand:

Das Aconitin (englisches Präparat) setzt die Thätigkeit des Herzens herab, sowohl in Bezug auf die Anzahl der einzelnen Schläge als auch hinsichtlich ihrer Energie. Die Ventrikelarbeit wird dabei unregelmässig und zwar tritt diese Veränderung des Rhythmus früher ein, als sich die Schwäche der einzelnen Contraktionen deutlich ausgebildet hat. Zuweilen bestehen die Herzcontraktionen trotz stark ausgeprägter Schwäche und Arhythmie in gehöriger Zahl fort bis zum Stillstand des Herzens. Aconitin beeinflusst die Herzventrikel bei weitem stärker und schneller, als die Vorhöfe. Die cerebro-spinalen Centren werden vom Aconitin stärker afficirt als die Herzganglien, nach vollständig eingetretener allgemeiner Paralyse dauern häufig die Herzcontraktionen noch eine geraume Zeit weiter fort. Die allgemein depressorische Eigenschaft des Aconitin ist zum Theil, wenn nicht völlig auf den direkten Einfluss zu beziehen, den diese Substanz den Nervencentren gegenüber besitzt. Die Herabsetzung der Blutcirkulation, bedingt durch die Herzschwäche, ist in der genannten Hinsicht erst an zweiter Stelle als Causalmoment heranzuziehen.

Atropin besitzt antagonistische Kraft gegenüber dem Einfluss des Aconitin auf das Herz. Ist durch Aconitin Herzstillstand hervorgerufen, so stellt das Atropin die Contraktionen wieder her, hat man durch Aconitin die Energie der einzelnen Contraktionen herabgesetzt, sowie Arhythmie des Herzens herbeigeführt, so stellt Atropin den normalen Zustand wieder her.

Muscarin ist nicht im Stande, die Herzwirkung des Aconitin zu modificiren, dasselbe gilt umgekehrt für das Aconitin gegenüber dem durch Muscarin erzeugten Herzstillstand.

Combinirt man den Effekt des Aconitin und des Muscarin auf das Herz, so ist Atropin auch dann noch antagonistisch wirksam.

Pilocarpin zeigt sich gegen Aconitin antagonistisch unwirksam.

Lässt man beide, Pilocarpin und Aconitin einwirken, so behält das Atropin seine Fähigkeit als Antagonist.

Schliesslich nimmt Ringer an, dass der Antagonismus auf einer chemischen Dislocation beruhe. Atropin wirke antagonistisch entgegen dem Muscarin, Pilocarpin und Aconitin, weil es zu den Muskel- und Nervencomponenten des Herzens eine ausgeprägtere Wahlverwandtschaft



besitze als die anderen drei genannten Körper. Es verdränge dieselben von ihrem Platze und trete an ihre Stelle mit seiner, ihm specifisch eigenen Wirkungsart. Schulz.

---

12. **J. N. Langley, Ueber den Antagonismus der Gifte.** On the antagonism of poisons. (Journ. of Physiology, Vol. III. Nr. 1.)

Langley zieht aus einer Reihe von Versuchen über den Antagonismus zwischen Pilocarpin und Atropin den Schluss, dass das Pilocarpin im Stande ist, die durch Atropin herbeigeführte Lähmung der Chorda tympani und des Sympathicus wieder aufzuheben. Lähmt man dann wieder durch Atropin, so stellt das Pilocarpin gleichfalls die Erregbarkeit wieder her.

Ferner fand L., dass die durch Pilocarpin hervorgerufene Secretion der Submaxillardrüse durch Atropin aufgehoben wird. Auch hier gelang es ihm, an Stelle der Atropinwirkung wieder die des Pilocarpin treten zu lassen und so mehreremale den Versuch mit Erfolg umzukehren. Schulz.

---

13. **Der Antagonismus zwischen Atropin und Morphium.** (Referat aus der Berl. klin. Wochenschr. 1880. Nr. 27.)

Morphium als Antidot gegen Atropin.

4 Kinder, im Alter von 3—7 Jahren, hatten Stechapfelsamen (Sem. Daturae Stramonii) genommen. Eins derselben, 5 Jahre alt, erkrankte lebensgefährlich, kolossale Pulsfrequenz, Puls selbst fadenförmig und klein. Dabei fortgesetzt äusserst heftige klonische Krämpfe. Das Kind erhielt 0,02 Morphium, auf drei Dosen vertheilt innerhalb einer Stunde subcutan. Schon nach der ersten Injektion wurde der Puls voller und seltener. Die Athmung besserte sich, zwischen den Krampfanfällen traten mehr und mehr zunehmende Pausen auf, nach 2 Stunden schien jede Gefahr beseitigt, Schlaf trat erst nach mehreren Stunden ein. „Wenn man mir einwenden könnte, dass der Fall auch ohne Morphium so hätte verlaufen können, was ich persönlich nicht annehme, so lässt sich aus dem berichteten dennoch mit Sicherheit auf einen Antagonismus zwischen Morphium und Daturin schliessen. Zu diesem Schluss berechtigt der Umstand, dass nach den für das Alter des Kindes sehr beträchtlichen Morphiumdosen kein Schlaf eintrat.“ (C. Strömberg, Petersb. med. Wochenschr. 1879. Nr. 48.)

Ein 17jähriges Mädchen hatte irrthümlich 5 cgr Atropin auf einmal genommen. Nach 8 Stunden wurde sie im Zustand höchster Intoxikation aufgefunden, hallucinirend, mit starker Mydriasis und Exophthalmus. Athmung sehr beschleunigt, Puls 150 in der Minute, Stimme zitternd.

Es wurden 0,007 Morphium subcutan gegeben, die Dosis alle 20 Minuten wiederholt. Schon nach der zweiten Injektion nahmen die Delirien ab, nach der vierten trat Schlaf ein. Pulsfrequenz 110, Athmung 17 in der Minute. Nach drei Stunden erwachte die Patientin, blieb ohne Delirien und genas bald darauf völlig. (Orig.-Mitth. von V. Leder aus der Allg. med. Central-Zeitg. 1879. Nr. 102.)

Atropin als Antidot gegen Morphium.

Patient, bis vor einigen Jahren Morphiophage, spritzte sich auf einmal 6 Spritzen einer, ihm zufällig in die Hände gerathenen Mor-



phiumlösung ein, zusammen 0,28 Morphium. Vergiftungsbild: dunkelcyanotische Farbe, namentlich an Gesicht und Händen, sehr herabgedrückte Respiration, unregelmässiger, schwacher und seltener Puls, enorm verengte Pupillen, tiefste Betäubung, Rectumtemperatur 36°,2. Behandlung: künstliche Respiration durch Thoraxcompression, 1 mgr Atropin subcutan. Nach 1/2 Stunde, da sich keine Besserung zeigte, 10 mgr Atropin auf einmal. 15 Minuten darauf ist die Cyanose verschwunden, Herztöne regelmässiger, Puls 40 in der Minute. Nach 20 Minuten nochmals 10 mgr Atropin, Beibehaltung der künstlichen Respiration. Binnen weiterer 10 Minuten hebt sich der Puls auf 60, die Pupillen werden normal weit. 1 1/2 Stunde später ausgeprägte Mydriasis, Herztöne rein, Puls 80, Coma besteht noch fort. Von da ab allmähliches Zurückkehren des Bewusstseins. Am folgenden Tage, 12 Stunden nach der starken Gabe von Atropin (das 21fache der deutschen Maximaldosis!) sind Pupillen, Athmung und Puls normal. Kopfschmerz angeblich nicht vorhanden, nur Kribbeln in Fingern und Zehen. Einige Stunden später tritt die Mydriasis wieder auf und hält noch einige Tage an. Das Gegengift betrug in diesem Falle den 13. Theil des aufgenommenen Giftes. (R. Kobert, Orig.-Mitth. aus der Allg. med. Central-Zeitung. 1880. Nr. 8.) Schulz.

---

## Neue Bücher.

Aetiologie der Infektionskrankheiten mit besonderer Berücksichtigung der Pilztheorie. 1. Hälfte. München, J. A. Finsterlin. 4 Mark.

Baginsky, Praktische Beiträge zur Kinder-Heilkunde. I. Heft. Pneumonie und Pleuritis. Tübingen, Laupp'sche Buchhandl. 3 Mark.

Bannerot, Du Phlegmon pelvi-rectal inférieur et de la fistule à l'anus consécutive causés par la constipation. Paris, Parent.

Bernard, De la variole, notes recueillées à Cannes. Paris, Parent.

Cavaillés, Des adhérences pleurales généralisées considerées comme cause d'hypertrophie cardiaque. Paris, Goupy & Jourdan.

Delpeuch, De l'action d'arsenic sur le sang. Paris, Parent.

Handbuch der Kinderkrankheiten. Herausgegebeu von Prof. C. Gerhardt. IV. Bd. 2. Abth. Die Krankheiten der Verdauungsorgane im Kindesalter. 18 M. V. Bd. 1. Abth. 2. Hälfte. Die Krankeiten des Nervensystems im Kindesalter. II. 13 Mark. Tübingen, Laupp'sche Buchhandl.

Héraud, Etude diagnostique sur deux cas de syphilome bucco-lingual. Paris, Goupy & Jourdan.

Houzé de l'Aulnoit, Thérapeutique chirurgicale. Nouvelle méthode de la cure radicale de l'hydrocèle par l'injection de quelques gouttes d'une solution de perchlorure de fere an 16e. Paris, J. B. Baillière & fils.

Leroy, De l'état de mal épileptique. Paris, Goupy & Jourdan.

Martin, Etude sur la folie puerpérale. Lille, Dauel.

Miomandre, Contribution à l'étude des surdités d'origine nerveuse. Paris, Parent.

Nagel, Mittheilungen aus der ophthalmiatr. Klinik in Tübingen. II. Heft. Ueber Pupillarbewegung und deren Bedeutung bei den Krankheiten des Centralnervensystems von Dr. Rembold. Tübingen, Laupp'sche Buchhandl. 2 Mark 80 Pfg.

Pettenkofer, Vorträge über Canalisation und Abfuhr. Mit 5 Holzschnitten. München, J. A. Finsterlin. 3 Mark 20 Pfg.

Schmidt, Typhus-Epidemie. Tübingen, Laupp'sche Buchhandl. 6 Mark.

---

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.



Erscheint wöchentlich.
Jeder Jahrgang umfasst
52 Bogen nebst Titel
und Register.

# Centralblatt
für
# KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M.,
zu beziehen durch alle
Buchhandlungen und
Postanstalten.

Redigirt von

**Dr. H. Rühle,** Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

**Dr. D. Finkler,** Privatdocent und Assistent an der medicin. Klinik in Bonn.

**1880. 30. October. Nro. 32.**

**Inhalt.** Referate: 1. **Kostjurin,** Ueber die Vertheilung der rothen Blutkörperchen in den Capillargefässen der Haut. — 2. **Calmels,** Coliques de plomb observées dans la clientèle d'un boulanger; observation de quelques cas isolés; un seul cas de mort. — 3. **Rupprecht,** Eintritt und Ablauf der Krankheitserscheinungen bei der Trichinose, sowie Eintritt und Art des Todes bei derselben. — 4. **Oebeke,** Beitrag zur klinischen Erscheinungsweise und Diagnose lokaler Gehirnkrankheiten. — 5. **Ragosin** und **Mendelssohn,** Graphische Untersuchungen über die Bewegungen des Gehirns beim lebenden Menschen. — 6. **Spörer,** Heisswasser-Compression gegen Tetanus und Trismus. — 7. **Simmons,** A case of epileptiform convulsion cured by a simple detachment of a glandulo-preputial adhesion. — 8. **Eisenlohr,** Ueber einige Lähmungsformen spinalen und peripheren Ursprungs. — 9. **Finkler,** Ueber die Respiration in der Inanition. — 10. **Gad,** Die Regulirung der normalen Athmung. — 11. **Ebstein,** Einige Bemerkungen zur Lehre von der Nichtschlussfähigkeit des Pylorus (Incontinentia pylori). — 12. **Falk,** Ueber den Mechanismus der Schluckbewegung. — 13. **Pinner,** Ueber den Uebertritt des Eies aus dem Ovarium in die Tube beim Säugethier. — 14. **Freudenberger,** Ueber das Conchinin und seine therapeutische Verwendung.

1. **S. D. Kostjurin, Ueber die Vertheilung der rothen Blutkörperchen in den Capillargefässen der Haut.** Aus der propädeutischen Klinik des Prof. W. A. Manassëin. (St. Petersb. medic. Wochenschr. 1880 Nr. 39.)

Verf. hat eine Reihe von Untersuchungen vorgenommen, um Klarheit darüber zu gewinnen, in wie weit die rothen Blutkörperchen in den Hautkapillaren verschiedener Körpergegenden gleichmässig vertheilt sind. Er bespricht ausführlich die von ihm angewendete Methode der Zählung (compte-globules von Malassez, Verdünnung mit Jod-Harn, u. s. w.) und kommt zu dem Resultat, dass die Zahl der rothen Blutkörperchen im Blute der Hautkapillaren der Supraclaviculargegend um ein Bedeutendes grösser ist, als in den Hautcapillaren der kleinen Zehen, wobei der Unterschied um so stärker ausgeprägt ist, je schwächer das Herz arbeitet (Klappenfehler, Fieber, Erschöpfung). So schwankt bei gesunden Menschen der Unterschied im Gehalt an Blutkörperchen in einem Cubik-Mm. in den Grenzen von 284,000 bis zu 1,037,600; bei Kranken hingegen, besonders bei solchen, die gefiebert hatten und Klappenfehler besassen, schwankte der Unterschied von 621,300 bis zu 1,848,000.



Es lag der Gedanke nahe, der dargelegte Unterschied könne abhängen von der ungleichmässigen Verdünnung des untersuchten Blutes mit Gewebsflüssigkeit; diese könne in den niedriger als das Herz gelegenen Theilen in dem Moment, wo das Blut aufgefangen wird, in grösserer Menge abfliessen. Daraufhin angestellte Untersuchungen — Entnahme des Blutes nach längerem Liegen mit erhobenen Beinen — gaben negative Resultate. Dagegen konnte die Annahme eines kausalen Verhältnisses zwischen der Vertheilung der rothen Blutkörperchen und der Schnelligkeit des Blutstroms experimentell festgestellt werden, indem durch Versuche an Hunden bewiesen wurde, dass bei Verlangsamung des Blutstromes durch Ligatur und Kälte die Anzahl der rothen Blutkörperchen sich beträchtlich verringerte.

Bei der Blutkörperchen-Zählung muss man also verschiedene Voraussetzungen im Auge behalten. Sollte es fernerhin gelingen, das genaue gegenseitige Verhältniss zwischen Anzahl der rothen Blutkörperchen und Stromgeschwindigkeit in den verschiedenen Körperabschnitten nachzuweisen, so würden wir eine ausserordentlich einfache und praktische Methode besitzen zur annähernden Bestimmung der Schnelligkeit des Blutstroms in den verschiedenen Körperregionen.

E. Bardenhewer.

---

2. **L. Calmels, Coliques de plomb observées dans la clientèle d'un boulanger; observation de quelques cas isolés; un seul cas de mort.** Bleikoliken in der Kundschaft eines Bäckers; einige isolirte Fälle; ein Todesfall. (Le progrès médec. 1880, Nr. 43.)

In der 450 Einwohner zählenden Gemeinde Blaye d'Aebi erkrankten im Juni und Juli 50 Personen an den gewöhnlichen Symptomen der Bleivergiftung; bei den meisten nur Bleisaum mit Kolik, bei einigen beginnende Lähmungen, bei einem Tod nach Kopfschmerz und zwei epileptiformen Anfällen. Alle diese Kranken gehörten zur Kundschaft desselben Bäckers, dessen Familie gleichfalls erkrankt war, und die angestellten Nachforschungen ergaben, dass das von demselben benutzte Mehl bleihaltig war.

E. Bardenhewer.

---

3. **Dr. Rupprecht,** Sanitätsrath in Hettstädt, **Eintritt und Ablauf der Krankheitserscheinungen bei der Trichinose, sowie Eintritt und Art des Todes bei derselben.** (Eulenburg, Vierteljahrschr. f. gerichtl. Med. u. öffentl. Sanitätswesen. Bd. 33. Heft. 2. p. 282—298.)

Verf. hat seit vielen Jahren mehrere grössere und kleinere Erkrankungsgruppen sowie Einzelerkrankungen an Trichinose beobachtet und ist im Jahre 1862 selbst trichinös gewesen. Er versucht auf Grund seiner Erfahrungen aus dem Ablauf der Krankheit rückwärts auf die Zeit der ominösen Mahlzeiten und damit auf die mehr oder minder zahlreiche Durchsetzung des Fleisches, auf das Trichinenschwein, auf die Gewissenhaftigkeit des Fleichbeschauers, die Art der Zubereitung der genossenen Speisen etc. zu schliessen. Es könne dies in ge-



richtlicher, hygienischer und vor allen Dingen therapeutischer Beziehung eine Frage ersten Ranges werden, weil sich daran die weitere Frage knüpfe, wie die Bevölkerung, eine Hausgenossenschaft, die Belegung einer Kaserne, eines Gefängnisses, Alumnates, Schiffes etc. vor dem Umsichgreifen der Krankheit zu schützen, in welchem Stadium sich dieselbe befinde und welchen Eingriff sie erheische resp. ob wir auf Zunahme oder Rückgang, gutartigen Verlauf oder Lebensgefahr etc. mit einiger Sicherheit schliessen dürfen. Auch die Art und Zeit des Todes könne unter Umständen eine nicht geahnte Tragweite erlangen und dem Arzt und Richter wichtige Fingerzeige geben.

Verf. theilt die Krankheit in drei Perioden ein:

I. Periode. Erste Woche bis zum zehnten Tage. Ingressionserscheinungen.

Dieselben treten zwei bis drei Tage nach dem Import und nur bei sehr zahlreicher Einfuhr von Trichinen auf, werden erzeugt durch das Umherkriechen der binnen zwei Tagen auf das fünf- bis sechsfache ihrer ursprünglichen Grösse erwachsenen Parasiten im Magen und Dünndarm, durch das Durchkriechen durch die Eingeweide und das Bauchfell, durch das Wandern ins Bindegewebe und in die Muskelfibrillen. Die Erscheinungen haben den Charakter des Darm-Shocks und können mit mehr oder weniger Durchfall und Erbrechen nicht selten eine Choleraform vortäuschen (Choleroid).

Verf. gibt die Zeichen an, durch welche dies trichinöse Choleroid von der einheimischen und asiatischen und toxischen Cholera unterschieden werden kann; das wichtigste diagnostische Merkmal sind die in den Stühlen mikroskopisch sichtbaren zahllosen Trichinen. Die choleroide Form ist, wenn sie nicht durch Brech- und Abführmittel (Calomel) wirksam bekämpft werden kann, sehr mörderisch und deutet nach Verf. auf Genuss von Rohfleisch und die Anwesenheit von mehr als 30 Millionen Trichinen. Sie trete nur ein, wenn in jedem mikroskopischen Präparat des Schweines mindestens 6—10 Trichinen sichtbar seien; nimmt man das Gewicht eines Präparats mit 10 Trichinen zu 0,02 gr an, so haben sich in einem Decigr. 50, in einem gr 500, in einem Pfund 250,000 und im ganzen Schwein, das Fleisch zu 25 Kilo angenommen, 12,500,000 Trichinen befunden. Bei einem durchschnittlichen Genuss von $^1/_4$ Pfund Fleisch werden also 62,500 Trichinen importirt, welche sich in den ersten Wochen durch 900fache Fortpflanzung zu 56,250,000 vermehren können. Es werden demnach in einem Pfund des menschlichen Fleiches 1,125,000, in einem gr 2250, in einem Präparat der Muskulatur des Menschen 45 Trichinen vorhanden sein. Waren nur 6 Parasiten in einem Schweinepräparat, so ergiebt ein Menschenpräparat nach derselben Rechnung 27. Verf. handelt eingehend von der grossen Verschuldung eines nachlässigen Fleischschauers, dem bei rascher und oberflächlicher Durchsicht die grosse Trichinenmenge entgeht; er verlangt, dass derselbe von jedem Schwein mindestens 30 Präparate untersuche.

II. Periode. 3. und 4. Woche. Digressionserscheinungen.

In diese Woche fällt das charakteristische Symptom, das Oedem der Augenlider und des Gesichts. Die ursprünglich als traumatisches



Fieber verlaufende allgemeine Reaktion erhält sehr bald einen typhoiden Charakter in Folge Verbrauchs von Muskelsaft seitens der Parasiten, in Folge profusen Schweisses, der Schlaflosigkeit, der kargen Nahrungszufuhr, der multiplen Muskelentzündung und der Schmerzen.

Eigenthümliche Complicationen sind gegen Ende der dritten Woche seröser Erguss in die Halstheile, der leicht Erstickungstod durch Compression setzt, ferner embolische Pneumonie (meist tödtlich), Pleuritis, Bronchial- und Luftröhrenkatarrh. Die typhoide Form der Digressionsperiode setzt. wenn sie primär in der 3. bis 4. Woche ausbricht, oder auf eine mildere choleroide Periode folgt, die Anwesenheit von etwa 20 Millionen Trichinen (im mikroskopischen Präparat vom Schwein 5 Trichinen) und den Genuss halbrohen Fleisches voraus. Sie ist durch die meisten Erkrankungs- und Todesfälle ausgezeichnet. Der Tod erfolgt durch Lähmung der Athmungsmuskeln, unter tetanischen, pneumonischen oder typhösen Erscheinungen. Verf. behandelt ausführlich die Diagnose von Typhus, Tetanus, Myelitis, Haemorrhagia meningealis spinalis, Spondylitis, Wurstfettvergiftung, Milzbrand, Sepsis, Ruhr, Nierenkrankheiten (bes. Nierenstein und Wanderniere), Uterin- und Ovarialleiden, genuiner Pneumonie. Das experimentum crucis für die Diagnose ist die Untersuchung harpunirter Muskelstücke.

III. Periode. 5. und 6. Woche. Regression.

Diese Periode beginnt mit der Einkapselung der Trichinen, sie charakterisirt sich durch rheumatoide Erscheinungen, Muskelschmerzen und Lähmungen. Wenn sich erst in der 5. Woche Krankheitssymptome zeigen, so ist der Verlauf gelinder. Die Dauer der schwereren Fälle ist ganz unbegrenzt und kann sich durch viele Monate hinschleppen. Bei der grossen Mehrzahl tritt die Genesung während der Regression ein und geht mit der Reconvalescenz der Muskulatur die Gesammtgenesung meist Hand in Hand. Von der 6. Woche an sind die meisten Kranken wieder arbeitsfähig. In den leichten Fällen des späten Eintritts der Oedeme ist auf eine Einwanderung von einer Million, in den schwereren dieses Stadiums von 5 bis 10 Millionen Trichinen zu schliessen.

Als allgemeine Ergebnisse der Arbeit des Verf.'s sind folgende zu bezeichnen: Je früher die Krankheit nach dem Genuss trichinösen Fleisches auftritt, desto heftiger ist ihr Verlauf; dies gilt namentlich von der choleroiden und typhoiden Form. Kränkliche, an Tuberkulose, Tabes, Anaemie etc. leidende Subjekte sind am meisten gefährdet. Je später die Krankheit eintritt, wenn nur die rheumatoiden Erscheinungen zur Geltung kommen, desto günstiger ist die Prognose.

In prophylaktischer Beziehung dringt Verf. auf gutes Durchkochen und Braten, so wie auf genaue und gewissenhafte Untersuchung des Schweinefleisches. Therapeutisch empfiehlt er im ersten Stadium Brechmittel, demnächst eine Grammdose Calomel, später Chinin und dann Eisen. Leo.

---



**4. Dr. Oebeke, Beitrag zur klinischen Erscheinungsweise und Diagnose lokaler Gehirnkrankheiten.** (Berl. klin. Wochenschr. 1880. Nr. 31.)

Verf. theilt die Krankengeschichten von zwei sehr genau beobachteten Fällen lokaler Gehirn-Erkrankung mit. In dem ersten derselben handelte es sich um einen 25 Jahre alten Gutsbesitzer, welcher in seinem 17. Lebensjahre einen apoplektischen Anfall erlitt. Aus der angeblich 5 Tage lang dauernden Bewusstlosigkeit erwachte derselbe mit rechtsseitiger Hemiplegie und Aphasie. Nach 2 Jahren besserten sich diese Erscheinungen, namentlich die Aphasie. Doch traten dann epileptiforme Krampfanfälle ein mit nachfolgender tobender Aufregung und Hallucinationen vorzugsweise melancholischen Inhalts. Nach längerem Gebrauch von Jodkali wurde die Hemiplegie bedeutend geringer. Dieser Umstand, sowie das Auftreten eines hartnäckigen impetiginösen Ekzems riefen den Verdacht auf hereditäre Syphilis wach. Doch modificirte Quecksilber-Albuminat die Anfälle nur, ohne wesentliche Besserung zu erzielen. Dieselben traten alle 2—3 Wochen ein und dauerten 2—5 Tage. Bei der Aufnahme: geringe Dysphasie, Faciales intakt, Herzstoss verstärkt, Muskulatur links stärker als rechts; rechts Sensibilität schärfer, Reflexerregbarkeit höher, Muskelkraft schwächer als links; rechts leichte Beugestellung und Rigidität; Bewegungen des Arms ataktisch; elektrische Reaktion ohne Veränderung. Kopfschmerz vorwiegend in der linken Schläfengegend, intensiver bei geistigen Anstrengungen, zu welchen Pat. besonders wegen Schwäche des Gedächtnisses seit dem apoplektischen Anfalle nur in geringem Grade fähig ist; häufige Pollutionen und unbewusster Samenabgang. Die epileptischen Anfälle, mit nachfolgender geistiger Störung und stärker hervortretender Aphasie, wurden seltener; (statt deren) trat mehrfach ein allgemeines Unwohlsein mit Benommenheit und weinerlicher Stimmung für einige Stunden ein. Denselben ging eine aura mit Ziehen im rechten Arm u. s. w. voraus. Sie begannen in den rechtsseitigen Extremitäten, zogen den rechten Facialis in ihren Bereich und griffen nur einmal auf die linke Seite über. Die Achselhöhlentemperatur war in der anfallsfreien Zeit rechts um 0,1—0,4 C. tiefer als links; während der Anfälle dagegen, bez. gleich nach denselben, rechts um 1,0 höher als links. — Die Diagnose lautete auf Rinden-Epilepsie, des Näheren auf Ergriffensein der oberen Hälfte der linken Centralwindungen auf der Höhe der Hemisphäre. Die Behandlung bestand, mit Berücksichtigung der Wahrscheinlichkeitsdiagnose einer specifischen Constitutionsanomalie, in der Darreichung von Jodkali (bis zu $4 \times 1{,}25$) und Holzthee und Einreibungen von ung. cinereum in die linke Schädelhälfte. Das Körpergewicht stieg dabei von 125 auf 163 Zollpfund. Nach mehrere Monate langem Bestand der Besserung Tod in einem neuen Anfall.

Die von Birch-Hirschfeld ausgeführte Sektion ergab: Die weichen Hirnhäute auf der Convexität diffus getrübt; unmittelbar hinter der Wurzel der linken zweiten, hinteren Centralwindung, und z. Th. diese, z. Th. die Wurzel der untersten Parietalwindung betreffend, eine gleich unter der Oberfläche gelegene pflaumengrosse, mit Serum gefüllte Cyste mit bräunlicher, glatter Wandung; dieselbe communicirt weit mit dem vorderen Theil des Hinterhorns; Ependym des linken Seiten-Ven-



trikels verdickt; keine atheromatöse Gefässentartung; allgemeine Adiposis; Hypertrophie des linken Herzens.

Der zweite 50jähr. Pat. war seit seiner Geburt schwachsinnig; er ist hereditär psychisch belastet; sein Schädel asymetrisch; seit seinem 5. Jahre litt er an epileptischen Anfällen; drei Monate vor seinem Tode trat ein apoplektischer Insult mit vollständiger linksseitiger Hemiplegie ein; Sensibilität und Reflexerregbarkeit erloschen; Muskelgefühl beeinträchtigt; vasomotorische Störungen; keine Aphasie, Sinnesorgane intakt. Es trat geringe Besserung ein. In den folgenden epileptischen Anfällen waren nur Ein Mal die linksseitigen Extremitäten in geringem Maasse betheiligt; im 4. derselben erfolgte der Tod. — Bei der Sektion zeigte sich die Dura in ihrer ganzen Ausdehnung fest mit dem Schädel verwachsen; in den verdickten und vielfach verwachsenen weichen Häuten mehrere Blutextravasate; auf der Convexität der Hemisphären ein milchiges Exsudat; das rechte corpus striatum in eine gelbliche breiige Masse verwandelt; im rechten thalamus opticus eine mit dunkelblutiger Masse gefüllte Höhle von Zweierbsengrösse; Ependym des rechten Ventrikels gelb verfärbt, rauh und zerfasert.

In eingehender Besprechung werden die Symptome in Beziehung gestellt zu den pathologischen Befunden.

E. Bardenhewer.

---

5. L. **Ragosin** und **M. Mendelssohn, Graphische Untersuchungen über die Bewegungen des Gehirns beim lebenden Menschen.** (St. Petersb. medic. Wochenschr. 1880 Nr. 37.)

Verf. machten diese Untersuchungen an einem 18 Jahre alten, anämischen Menschen, bei welchem in Folge von Nekrose des Schädels ein Theil der Dura mater entblösst war. Die mit Marey's Cardiograph erhaltenen Curven bestätigen die Angaben früherer Autoren:

1) Der Synchronismus mit dem Pulse ist evident; an einzelnen Stellen kann man sogar denselben Dikrotismus wie am Pulse sehen.

2) Der Einfluss der Athmung auf die Bewegungen des Gehirns ist scheinbar nicht vorhanden; er tritt aber deutlich hervor bei verstärkten Athmungsexkursionen.

3) Ausserdem bei den beschriebenen Arten der Bewegung sehen wir noch eine dritte, welche weder mit dem Pulse noch mit der Athmung verknüpft ist. Dieselbe entspricht vollkommen derjenigen, welche unter dem Namen der rhythmischen Bewegung der Arterien bekannt ist.

E. Bardenhewer.

---

6. **C. H. Spörer, Heisswasser-Compression gegen Tetanus und Trismus.** (St. Petersb. medic. Wochenschr. 1880 Nr. 38.)

Verf. berichtet drei Fälle von Trismus und Tetanus, in welchen nach Applikation von in 50—55° C. heisses Wasser getauchten Compressen auf Hinterhaupt und Wirbelsäule die Krämpfe in kurzer Zeit schwanden und nicht wiederkehrten, sondern bald vollständige Heilung eintrat.

E. Bardenhewer.

---



7. **Simmons, A case of epileptiform convulsion cured by a simple detachment of a glandulo-preputial adhesion.** Ein Fall von epileptiformen Anfällen durch die einfache Lösung einer Verklebung von Eichel und Vorhaut geheilt. (The amer. journ. of the med. Sciences. April 1880. S. 444.)

Ein schwächlicher, 12jähr. Knabe litt an epileptiformen Anfällen, welche allnächtlich 1—2 Mal einzutreten pflegten. Die Untersuchung der Genitalien ergab eine lange Vorhaut und bei dem Versuche, dieselbe über die Eichel zurückzuschieben, fand sich eine Verklebung der Schleimhautblätter unmittelbar an der Corona glandis, welche sich durch einen kräftigen Zug leicht und ohne Blutung trennen liess. Seitdem cessirten die Anfälle vollständig.

S. macht darauf aufmerksam, dass er in fast allen Fällen von nächtlicher Incontinentia urinae bei Knaben eine derartige Verklebung der Schleimhautblätter von Eichel und Vorhaut gefunden habe, nach deren Trennung immer vollständige Heilung eingetreten sei. In einem derartigen Falle wurden mit dem Urin jedesmal Faeces entleert; auch hier genügte die kleine Operation zur Beseitigung des Uebels.

Brockhaus.

---

8. **Dr. C. Eisenlohr**, Hamburg, **Ueber einige Lähmungsformen spinalen und peripheren Ursprungs.** (Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. XXVI p. 543—576.)

I. Ein Fall von Bleilähmung nebst Bemerkungen über generalisirte parenchymatöse Neuritis. Krankengeschichte eines (mit Herzfehler complicirten) Falles von chronischer Bleilähmung. Vorwiegende Lähmung der Extensoren. Dauer 10 Jahre. Befund: Die contractilen Elemente fast sämmtlicher Extremitäten-Muskeln waren — in sehr verschiedener Intensität — mit Erhaltung der Querstreifung einfach atrophisch verschmälert, nicht fettig degenerirt. Bei den weniger degenerirten Muskeln beschränkte sich die Atrophie auf wenige Fasern und Faserbündel, und Zellen und Fasern des Perimysium waren nur wenig vermehrt; andere bestanden grossentheils aus üppig wucherndem kernreichen Perimysium. Die Nerven, und zwar die Muskelästchen mehr wie die Stämme, zeigten partielle einfache Atrophie verschiedenen Grades mit leichter Hyperplasie des Endoneurium, keine fettige Degeneration. Rückenmark durchaus normal — Der Befund stimmt mit den diesbezüglichen Angaben anderer Autoren. Dass E. nicht wie diese körnigen, fettigen Zerfall des Marks fand, erklärt er aus dem viel beträchtlicheren Alter seines Falles. Der negative Befund im RM spricht gegen die Auffassung (Remak, Adamkiewicz) der Bleilähmung als Poliomyelitis ant. chron. Da die myopathische Theorie Friedländer's, wie schon Remak hervorgehoben, gegenüber der typischen Localisation der Bleilähmung und dem constanten Ergriffensein bestimmter Nerven unhaltbar ist, so muss man auf die primäre Läsion der motorischen Nerven zurückkommen. Für diese Auffassung spricht die Thatsache, dass auch in peripheren Nerven „functionell zusammengehörige, wenn auch nicht direct benachbarte Nervenfasern gemeinschaftlich erkranken können“.



Zum Beweise, dass scheinbar spinaler Typus einer Lähmung bei peripherer anatomischer Localisation vorkommt, führt Verf. einen schon früher von ihm publicirten Fall von „idiopathischer subacuter Muskellähmung und Atrophie" an. Hier sprachen die Symptome für eine Poliomyelitis ant., das RM aber fand sich intact. Fettige Degeneration der contractilen Substanz und die Nervenveränderungen unterschieden diesen Fall von obiger Bleilähmung, sowie von progressiver Muskelatrophie und spinaler Kinderlähmung. — E. hält gegenüber den Einwänden von Rumpf und Joffroy daran fest, dass in seinem Fall von idiopath. subacuter Muskellähmung die Affection der Muskeln primär oder wenigstens gleichzeitig mit der Neuritis eingetreten sei. Joffroy hat als Ursache ausgebildeter Lähmungen den Begriff der „spontanen generalisirten parenchymatösen Neuritis" eingeführt und nimmt für diese eine „systematische Localisation" im Gegensatz zu den interstitiellen und diffusen Neuritiden an. Durch diese systematische Form „wird auch die Bedeutung der toxischen Neuritiden und Lähmungen wohl etwas durchsichtiger". E. vermuthet, dass auch die Muskeln „primär oder gleichzeitig mit den intramusculären Nerven und motorischen Nervenstämmen ergriffen werden können".

II. Zur Pathologie und pathologischen Anatomie der spinalen Kinderlähmung. Mittheilung zweier solcher Fälle. Im 1. Fall Lähmung (links fast complet) und Atrophie der Unterextremitäten. In denselben faradische, sowie indirecte und directe galvanische Erregbarkeit der meisten Muskeln herabgesetzt — theilweise mit qualitativ veränderter Reaction — an einzelnen Muskeln erloschen. Fortbestehende Immobilität, Zunahme der Atrophie, Hinzutreten von Keuchhusten und Pneumonie, Tod unter Convulsionen nach 6 Monate bestehender Lähmung. Befund: Mehr weniger ausgebreitete Atrophie der Muskeln, Verschmälerung ihrer Fibrillen, meist mit Erhaltung der Querstreifung und der Continuität, ferner eine Vermehrung der Kerne und Fasern des Perimysium von verschiedener Intensität. Nur am M. pyriformis dext. wachsartige Degeneration. Die feinsten Muskelnerven „entbehrten der Markhülle und bestanden aus aneinanderstossenden oblongen zelligen Gebilden". Die Muskeläste der Nn. crurales bestanden links aus lauter, rechts theilweise aus atrophischen Fasern, theilweise mit nicht mehr erkennbaren Axencylindern. An den Stämmen der Ischiadici und Crurales Atrophie der Markscheiden und Axencylinder zahlreicher Fasern, geringe Kernvermehrung im Endoneurium. Die vorderen Lumbal- und Sacralwurzeln, namentlich links, stark atrophirt und bindegewebig metamorphosirt. In der Lendenanschwellung des RM waren in den Vorder- und Seitensträngen die Faserquerschnitte schmal, die Axencylinder verringert, die Interstitien verbreitert; in beiden Vorderhörnern abnormer Kernreichthum und die grossen Ganglienzellen untergegangen oder geschrumpft, theilweise auch die Ganglien der Hinterhörner atrophirt. An Stelle der Faserzüge der vorderen Wurzeln in den Vorderhörnern ein netzförmiges Gewebe mit zahlreichen grossen ovalen, z. Th. Deiters'schen Zellen. Zahlreiche Gefässe von körnigen Granulationen umgeben. Diese Veränderungen erstreckten sich in geringerem Grade auch in den oberen und unteren Lenden- und in den Sacraltheil. Vom unteren Halstheil bis zum 7.



bis 8. Dorsalnerven ein ähnlicher Krankheitsherd im linken Vorderhorn und den vorderen Wurzelfasern.

Im 2. Fall waren ebenfalls beide Unterextremitäten, die linke total gelähmt. Dementsprechend das electrische Verhalten. Tod 14 Monate nach Eintritt der Lähmung an einer Lungenaffection. Mikroskopisch dieselben Veränderungen der Muskeln wie im vorigen Fall, nur rechts noch unbedeutender. Auch die Nerven und ihre Verzweigungen, sowie die vorderen Wurzeln im Lumbaltheil boten ungefähr dasselbe Bild wie der erste Fall, nur durch Intensität und Localisation etwas verschieden. In der Lumbalanschwellung war sowohl das linke graue Vorderhorn als der linke Vorderseitenstrang atrophisch. Die graue Substanz beider Vorderhörner zeigte bedeutende Kernvermehrung. Ganglienzellen des linken Vorderhorns fast total geschwunden, rechts nur wenig verändert. Das linke Vorderhorn bestand aus einem dichten Fasernetzwerk der Neuroglia mit zahlreichen Zellen, feinen Fettkörnchen, Fragmenten von Nervenfasern, äusserst spärlichen degenerirten Ganglienzellen. Diese Veränderung erstreckt sich theilweise auch in die Hinterhörner, sowie bis in den untersten Dorsaltheil und abwärts in den Sacraltheil. Die Ganglienatrophie nimmt im RM aufwärts erst ab, dann wieder zu. In der Höhe des 1. Cervicalnerven im l. Vorderhorn nur 4—6 wohl erhaltene Ganglienzellen, das Gewebe durchsetzt mit Deiters'schen Zellen, im rechten Vorderhorn normale Zellenzahl, Gewebe intact. Medulla oblong. normal.

Es handelt sich in beiden Fällen um eine Myelitis der grauen Substanz, die längere Strecken der Vordersäulen verschieden stark ergriffen hat. Man sieht, dass in relativ frühem Erkrankungsstadium nicht Herderkrankungen auftreten, sondern diffuse Veränderungen, jedoch mit der „Neigung zur Herdbildung im Sinne einer Localisation der grössten Intensität“ und mit „relativem Intactbleiben einzelner RM-abschnitte“. Ferner ist die Affection dem Schema entgegen nicht auf die vordere graue Substanz beschränkt, sondern betrifft auch Vorderseitenstränge und Hinterhörner. Mit andern Autoren fasst E. das Wesen des Processes als eine alle Gewebe umfassende Myelitis, nicht wie Charcot als primäre Alteration der Ganglienzellen auf. E. bespricht dann die Unterschiede der Befunde an Muskeln und Nerven bei spinaler Kinderlähmung und an denen bei peripheren Lähmungen; er bestätigt in klinischer Beziehung den Ausspruch Erb's, dass die Entartungsreaction incl. der qualitativ veränderten galvanischen Reaction ein constantes Symptom der Kinderlähmung sei. In 7 angeführten frischen Fällen konnte Verf. galvanische Entartungsreaction der Muskeln neben den übrigen Phasen der Entartungsreaction constatiren. Die Galvanotherapie leistet selbst in frühzeitig und lange Zeit behandelten Fällen bei der spinalen Kinderlähmung sehr wenig, mehr bei spinaler Lähmung Erwachsener.

Stintzing (München).





9. **Dittmar Finkler, Ueber die Respiration in der Inanition.** (Archiv f. die ges. Phys. Bd. 23. p. 174—204.)

Die an Meerschweinchen angestellten Untersuchungen werden als Vorarbeiten zum Studium des Stoffwechsels im fiebernden Organismus bezeichnet. — Die Körpertemperatur schwankt während des Hungerzustandes um dieselben Werthe, welche sie bei normal genährten Thieren zeigt, erst kurz vor dem Tode sinkt sie erheblich. Unter den hier besprochenen Angaben früherer Autoren verdient die von Chossat besondere Beachtung: Die Körpertemperatur hungernder Tauben war bei Tage nur wenig niedriger als bei normal genährten, um Mitternacht dagegen erheblich geringer, so dass die Tagesschwankung der Temperatur im Hunger über 4 mal grösser war als in der Norm. Dass der Ausfall der nervösen Reize die Ursache der niedrigen Temperatur um Mitternacht sei, bewies Chossat durch das rasche Ansteigen derselben, wenn er die Thiere weckte. — Die procentische Abnahme, welche das Körpergewicht in bestimmter Zeit erfährt, wird mit der Dauer des Hungerns geringer. Der mittlere Gewichtsverlust der Thiere pro Stunde betrug nach 4,5—8,5 Stunden Hungerns = 0,54 % des Körpergewichts, nach 18—29,9 Stunden = 0,43 %, nach 46—55,1 Stunden = 0,34 %, nach 65—75,7 Stunden = 0,29 %, nach 99 Stunden = 0,25 %. Im Gegensatz hierzu ergaben die Respirationsversuche das bemerkenswerthe Factum, dass der Sauerstoffverbrauch pr. Kilo und Stunde berechnet im Laufe der Inanition nur ganz wenig sinkt. Die Kohlensäureabgabe dagegen sinkt ziemlich erheblich und so wird der respiratorische Quotient während des Hungerns kleiner. Die Wärmeregulation besteht während der Inanition mit fast ungeschwächter Energie, so dass selbst nachdem das Körpergewicht um 18 % gesunken ist, für jeden ° C. Abnahme der Umgebungstemperatur noch 29,7 ccm Sauerstoff per Kilo und Stunde mehr consumirt werden, statt 32,7 ccm bei vollständiger Ernährung. —

Der fast constante Sauerstoffverbrauch beweist, dass die Wärmeproduction im Hunger nahezu unverändert bleibt, denn die Wärmeproduction ist fast dieselbe, wenn ein bestimmtes Sauerstoffquantum zur Verbrennung von Kohlenstoff oder Wasserstoff dient. Die Verkleinerung des respiratorischen Quotienten, welche schon Regnault und Reiset dargethan, beweist, dass wasserstoffreichere Verbindungen (Fett und Eiweiss statt Kohlenhydrate) im Hunger zur Verbrennung kommen.

N. Zuntz.

---

10. **Dr. Johannes Gad, Die Regulirung der normalen Athmung.** (du Bois-Reymond's Archiv für Physiologie 1880. p. 1—32.)

Mit Hülfe seines im Archiv f. Physiol. 1879 S. 181 beschriebenen „Aëroplethysmograph“ studirt Gad zunächst die Curve der normalen Athmung durch die Nase und bei geöffneter Trachea und kommt zu dem Schlusse, dass die nach seiner Methode unter Zuhülfenahme einer leichten Chloralhydratnarcose erzielten Curven als „solche anzusehen sind, die ohne wesentlichen Eingriff in die Function der die ruhige Athmung bedingenden Organe zu Stande kommen“.

Um nun den Antheil des Nervus vagus am Zustandekommen der



normalen Athmung zu erkennen, soll die Leitung in dieser Nervenbahn unterbrochen werden, ohne dass die bei Durchschneidungen nicht zu vermeidenden Reizerscheinungen das Resultat trüben. Dies gelingt, wie entsprechende Controlversuche zeigen, durch Auflegen des frei präparirten Nerven auf unter 0° C. abgekühlte Kupferdrähte: „Thermoden". — Das Resultat derartiger reizloser Ausschaltung der Vaguswirkung ist nun Verlangsamung der Athmung, aber im Gegensatz zur Lehre Rosenthal's zeigt sich die Inspiration erheblich verlängert, die Exspirationszeit verkürzt, zugleich ist der Thorax dauernd ausgedehnter als normal. Ohne dass die Menge der geathmeten Luft wesentlich geändert wäre, erfolgt in Folge der genannten Umstände die Athmung unter bedeutend grösserem Aufwande von Muskelkräften. — Im Anschluss an die bekannten Versuche von Hering und Breuer sieht Gad in der Ausdehnung der Lungen den Reiz, welcher die intrapulmonalen Vagusbahnen mechanisch erregt. Durch den Antagonismus der durch den jeweilen Gasgehalt des Blutes gesetzten Erregung des Athemcentrums und der geschilderten Vaguswirkung kommt der normale Rhythmus der Athmung zu Stande.

N. Zuntz.

---

11. **W. Ebstein, Einige Bemerkungen zur Lehre von der Nichtschlussfähigkeit des Pylorus (Incontinentia pylori).** (Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. XXVI, H. 3 u. 4, p. 295.)

Diese Affection, auf die E. schon früher aufmerksam gemacht hat, gibt sich dadurch kund, dass die Aufblähung mit Kohlensäure nicht auf den Magen beschränkt bleibt, sondern dass gleichzeitig oder fast gleichzeitig eine „acute Tympanie des Darms" entsteht, so dass die Abgrenzung des Magens schwierig oder unmöglich wird. Diese Thatsache hat E. zu erhärten versucht durch Thierversuche und durch Controle der klinischen Thatsachen am Leichenbefund. Experimentell war bei Thieren, an denen der Pylorus normaler Weise vollständigen Verschluss bot, erst nach Durchschneidung des Pylorusmuskels Incontinenz zu erzeugen. Pathologisch-anatomisch hatte sich in zwei Fällen mit obiger klinischer Diagnose schwere Erkrankung und daher Leistungsunfähigkeit des Pylorusmuskels gefunden. Diesen früher schon publicirten Fällen, in welchen der Incontinenz geschwürige Zerstörungen des Pylorus durch Krebs zu Grunde lagen, fügt E. einige neue Fälle hinzu. Der erste betraf eine 36jährige Frau, bei deren Lebzeiten die Diagnose in angegebener Weise auf incontin. pyl. gestellt wurde, während eine rechts vom Nabel befindliche handtellergrosse schmerzhafte Härte schon auf das carcinomatöse Grundleiden hinwies. Die Section ergab: „Ulceröses Carcinom des Pylorus, durch chronische adhäsive Peritonitis abgesackter, perigastritischer Abscess etc." Pylorus selbst stark ulcerirt, an der mit Duodenum, Leber und Quercolon verwachsenen Pars pylor. eine fingerdicke Geschwulst. Ausser der schon sehr weiten Pylorusöffnung noch eine zweite für den Finger durchgängige durch Unterminirung der Geschwulst gebildete Oeffnung. Die Incontinenz wurde also durch die Section bestätigt. Erbrechen, welches im Beginn der Krankheit vor-



handen gewesen und später verschwand, war offenbar durch anfängliche Stenosirung des Pylorus bedingt; die später eintretende Schlussunfähigkeit muss dem Erbrechen ein Ende gemacht haben, indem der bisher stagnirende Mageninhalt nunmehr leicht in den Darm eintreten konnte. Ebenso sind die in diesem Falle beobachteten Diarrhoeen in causalen Zusammenhang mit der Incontinenz zu bringen; sie werden durch den unbehinderten Uebertritt saurer Mageningesta in den Darm herbeigeführt. — 2. Fall: 58jähriger Mann. Vor 10 Jahren nach heftigen Magenschmerzen Erbrechen von schwarzen Massen. Bei der Aufnahme hochgradige Anämie, geringer Appetit, saures Aufstossen etc. An der rechten Seite des Epigastrium eine unbestimmte nicht druckempfindliche Resistenz. Wiederholtes massenhaftes kaffeesatzähnliches Erbrechen. Die Aufblähung lässt incontin. pyl. und daneben Magenerweiterung nachweisen. Aus dem kaffeesatzähnlichen Erbrechen, einer Lymphdrüsenanschwellung in der linken Supraclaviculargegend etc. wird die Diagnose gestellt auf Carcinoma ventr., wahrscheinlich in der Pylorusgegend und auf dem Boden der Narbe eines Ulcus ventr. Bei der Section fand sich: „Grosses rundes Magengeschwür, welches in die durch chronische Perigastritis und Perihepatitis fest angelöthete Leber eingedrungen ist.“ (Genaueres nebst Abbildung siehe im Original.) Das Geschwür, welches einen Theil der regio pylor., des Pylorusringes und des Duodenum zerstört hatte, war jedenfalls die Ursache des Bluterbrechens vor 10 Jahren. Häufiges blutfreies Erbrechen (mit eine gewisse Zeit voraufgehenden Schmerzen), welches in den letzten 3 Jahren bestand, ist durch die auf die Geschwürsbildung und Vernarbung folgende Magenerweiterung zu erklären. Für diese muss, da eine Pylorusstenose offenbar nie bestanden hatte, vielmehr das Ostium pyl. anatomisch für 2 Finger bequem passirbar gefunden wurde, die Erklärung in der Zerstörung der Pylorusmuskeln, speciell der Längsfasern gesucht werden. Durch die Zerstörung der Längsfasern war nämlich die Fortbewegung des Speisebreies aus dem Magen erschwert, und in gleichem Sinne musste die bei der Section gefundene Verwachsung des Magens wirken. Dass bei gut entwickelter Pylorusmusculatur die Ectasia ventr. trotz Verengerung der pars pylor. ausbleiben kann, dass dagegen Zerstörung der Magenmusculatur und perigastritische Processe allein zur Dilatation führen können, zeigen auch Fälle aus der Literatur (Cruveilhier, Andral, Bartels). In dem letzten Fall wurde also die Schlussunfähigkeit durch ein Ulcus corrosivum, in den 3 früheren durch krebsige Erkrankung bewirkt. Dass auch nervöse Ursachen, welche Lähmungszustände der Magenmusculatur bedingen, für die Incontinentia pylori obwalten können, beweist E. durch folgenden Fall. Eine 24jährige tuberculöse Frau leidet an einer hochgradigen Compressionsmyelitis: fast vollständige Lähmung der Beine, unvollständige der Arme, Steigerung der Haut- und Sehnenreflexe, Lähmung des Detrusor vesicae und der Mastdarmschliessmuskeln. Die in diesem Falle constatirte Incontin. pyl. wurde durch Ausschluss anderer Möglichkeiten und wegen der anderen visceralen Lähmungszustände als eine nervöse Lähmung des Pylorusmuskels gedeutet. Es ist ja bekannt (besonders durch Charcot), dass bei Spinalaffectionen auch die Nerven des tractus intestin. nicht selten er-



kranken. Post mortem erwies sich in der That der Magen frei von anatomischen Veränderungen. Es fand sich eine käsige Caries der unteren Hals- und oberen Rückenwirbel und eine Erweichung des Rückenmarks an diesen Stellen.

Auf den Fall von Incontinenz in Folge von Ulcus corrosiv. zurückkommend, erklärt E. das wiederholte Erbrechen theils von kaffeesatzähnlichen, theils von farblosen, stets sauren Massen folgendermassen. Der hochgradig erweiterte und seit Jahren mit Speisebrei belastete Magen „besass keine genügend kräftige Contractionsfähigkeit, um eine regelmässige Entleerung seines Inhalts durch den weiten, nicht schlussfähigen Pylorus zu bewirken.“ Bei eintretendem Brechreiz wurde derselbe daher durch die vorwiegende Contraction der Bauchmuskeln nach aussen entleert. Beim Brechen wurde nie Galle entleert, was gegen die Ansicht spricht, dass durch antiperistaltische Bewegung des Duodenum Galle in den Magen gelange (Lehmann und Watson). Es trat jedenfalls im Anfange des Brechactes ein Theil des Mageninhaltes ins Duodenum über, und wie in Fällen galligen Erbrechens „mit dem Aufhören der Verkleinerung der Magenhöhle die Galle durch eine Art Aspiration in den Magen gelangt“, so konnte hier höchstens ein Theil des vorher in's Duodenum übergetretenen Inhalts (aber keine Galle) zurückgelangen.

Die klinische Diagnose auf Magenkrebs, die sich als nicht zutreffend erwies, stützte sich zunächst auf das oft wiederkehrende kaffeesatzähnliche Erbrechen, ein Symptom, welches nach Rühle in Verbindung mit der Kachexie und andern Erscheinungen das Krebsgeschwür sehr wahrscheinlich macht. Hier musste es von einem etwa 5—6 cm vom grossen Geschwür entfernten kleinen Schleimhautgeschwür, welches sich bei der Section noch fand, herrühren. Zu häufigem kaffeesatzähnlichen Erbrechen können also auch einfache Magengeschwüre Veranlassung geben, wofür bereits Cruveilhier einen Fall angeführt hat; ebenso, wie ein von E. angeführter Fall zeigt, zahlreiche Ekchymosen bei sonst gesundem Magen. Für die Schwellung der Lymphdrüsen (linke Supraclaviculargegend), welche die Diagnose „Carcinom“ mitgestützt hatte, fand sich keine genügende Erklärung. Rühle legt weder dem Vorhandensein noch dem Fehlen der Drüsenschwellungen grossen diagnostischen Werth bei, betont aber die Bedeutung, die der Nachweis des Wachsthums der Geschwulst selbst hat. Trotzdem in den meisten Fällen eine wichtige Differentialdiagnose zwischen corrosivem Magengeschwür und Krebs gestellt werden wird, so hat doch Cruveilhier heute noch Recht, wenn er sagt: „Je ne vois aucun moyen de différencier d'une manière positive l'ulcère simple d'avec le cancer de l'estomac“.

Stintzing (München).

---

**12. F. Falk, Ueber den Mechanismus der Schluckbewegung.**
(Verhandl. der berliner physiolog. Gesellschaft vom 14. Mai 1880. Abgedr. in du Bois-Reymond's Arch. f. Physiol. 1880, p. 296—299.)

Verf. schliesst aus seinen Versuchen an Menschen und Hunden, dass das Schlucken wesentlich nicht durch Peristaltik der Schlund- und Speiseröhrenmuskulatur, sondern durch eine Art Schleuderbewegung



zu Stande komme. Die beim normalen Schlucken luftdicht abgeschlossene Rachenhöhle sei einem Spritzenraume vergleichbar, dessen Stempel die Zungenwurzel nebst Kehlkopf bildet. So erkläre sich auch die Schnelligkeit, mit der die Massen in den Magen gelangen und die forensische Erfahrung, dass beim Trinken ätzender Flüssigkeiten meist keine zusammenhängende und ausgedehnte Arrosionsspuren in Schlund und Speiseröhre nachweisbar sind.

N. Zuntz.

---

13. **Dr. O. Pinner, Ueber den Uebertritt des Eies aus dem Ovarium in die Tube beim Säugethier.** (du Bois-Reymond's Archiv f. Physiologie 1880, H. 3, p. 241—255.)

Nach Besprechung der bisher über den Uebertritt der Eier in den Eileiter aufgestellten Ansichten wird durch schlagende Experimente gezeigt, dass beständig vom Ostium abdominale nach dem uterinum der Tube ein Flüssigkeitsstrom sich bewegt, welcher durch die in gleicher Richtung schlagenden Cilien des Flimmerepithels der Tube bewegt wird. — Verschiedene in indifferenter Flüssigkeit suspendirte feste Substanzen, Tusche, Eiterkörperchen, Milchkügelchen, Zinnober, Carmin, wurden einige Stunden nach ihrer Injection in die Bauchhöhle von Kaninchen nicht nur in den Eileitern, sondern auch in Uterus und Vagina der Thiere wiedergefunden. — Peritonitische Erscheinungen wurden nur in einem einzigen Falle beobachtet. Bei einem trächtigen Thiere trat kein Farbstoff in die Genitalien über. Nach Unterbindung des einen Uterushorns staute sich die durch den Flimmerstrom fortgeschaffte Masse und dilatirte das mit der Tube communicirende Stück des Uterus. Einen Uebertritt von Stoffen aus dem Uterus in die Bauchhöhle scheint die Flimmerbewegung energisch zu verhindern.

N. Zuntz.

---

14. **Dr. J. Freudenberger, Ueber das Conchinin und seine therapeutische Verwendung.** Nach Beobachtungen auf der Klinik des Herrn Prof. v. Ziemssen. (Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. XXVI, H. 5 u. 6, p. 577—606.)

Verf. gibt eine Reihe der physikalischen und chemischen Eigenschaften des (mit Chinin isomeren, mit Betachinin und Pasteur's Chinidin identischen) Conchinin an und berichtet dann über die Erfolge bei der Anwendung desselben auf der v. Ziemssen'schen Klinik (1875—78). (In grösserem Massstab wurde es ferner noch in Militärhospitälern in Utrecht und in Italien, sowie auf der Leipziger Klinik angewendet.) Es wurde theils in flüssiger Form (Aq. c. Acid. sulf. q. s. ad sol.), theils als Pulver in Obladen, meist Abends 2,0 gr. (einige Male 3,0) in 2 Hälften in $^1/_2$—1 Stunde gegeben. Beim Abdominaltyphus wie bei andern Krankheiten mit typischem Fieberverlauf (Pneumonie, Erysipel) erwies sich Conchinin in den bei Chinin üblichen Dosen als kräftiges Antipyreticum. Die Temperatur wurde fast durchgehends erheblich herabgesetzt, in 71 % um 2°, bisweilen bis zu 3°, stieg dann ganz allmählich, um meist am folgenden Abend



wieder ihre volle Höhe zu erreichen. Bei abendlicher Darreichung erfolgte der Temperaturabfall rasch und erreichte schon nach 6—8 Stunden sein Minimum, bei morgendlicher dagegen langsam nur Zehntel um Zehntel. Das Maximum der Periode zwischen den Acmen betrug 36 Stunden. Bei ungenügender Remission (in schweren Typhusfällen) erwies sich eine morgendliche Nachgabe von 1,0 Conchin. als sehr empfehlenswerth. Dem Chinin kann das Conchinin, wie die statistische Vergleichung ergibt, in Bezug auf seine antipyretische Wirkung vollkommen gleichgestellt werden. Bei ersterem erfolgt zwar öfter als bei letzterem ein Abfall von 3°, der durchschnittliche Abfall bei beiden aber beträgt 2—3°. Auch bei Malariafieber war Conchinin ebenso wirksam wie Chinin, wie auch die erwähnten Versuche anderorts gezeigt haben; ebenso wurde ein Fall von intermittirender Trigeminus - Neuralgie geheilt. Es zeigte sich ferner, dass 6—10 gr. Natr. salic. eine gleich tiefe Remission bewirkten wie 2 gr. Conchinin; nach letzterem stieg aber die Temperatur rascher als nach ersterem wieder an, während die Nebenwirkungen des salicyls. Natr. heftiger waren. Bei Phthise war der temperaturerniedrigende Einfluss äusserst gering.

Die Nebenwirkungen sind im Wesentlichen dieselben wie bei Chinin. Nur das Erbrechen herrscht auffallend vor. Es tritt jedoch meist geraume Zeit nach der 2. Dose ein, so dass bei der sehr schnell erfolgenden Resorption der Temperaturabfall dadurch nicht beeinträchtigt wird. Bei Neigung zum Erbrechen empfahl es sich, die Totaldose von 2 gr. in 2 Stunden, also halbstündlich 0,5 zu geben. Noch häufiger ist ebenso wie nach Chinin die Stuhlvermehrung. Gegen diese zeigte sich Natr. salic. als probates Gegenmittel. Ohrensausen tritt weniger heftig wie nach Chinin auf. Den Klagen über Schwerhörigkeit gegenüber fand sich die geprüfte Hörweite meist unverändert. Der Puls sinkt meist erheblich an Frequenz, wird exquisit dicrot, die Welle höher (cf. die Curven), Kopfweh und cerebrale Erscheinungen sind sehr selten. — In 2 Fällen erfolgte plötzlicher Tod unmittelbar nach der Verabreichung des Mittels. In einem Fall gab die Section gar keine Aufklärung, im andern konnte man die Intensität des Typhus als Todesursache ansprechen. Der Tod trat bei beiden schon sehr geschwächten Individuen unter Vorherrschen gastrischer Symptome ein. Es wäre daher möglich, „dass vom Magen aus eine energische Reizung (Magenschleimhaut injicirt, heftige Magenschmerzen, Erbrechen) des Vagus stattfand, und dadurch secundär rasch eintretende Respirations- und Herzlähmung eintrat." Die erhöhte Reizbarkeit wird im einen Fall auf schon vorhandene peritonitische Reizung (Geburt), im andern auf vorhandenen Icterus bezogen. — Daraus ergibt sich für die Anwendung des Conchinin eine Contraindication „in allen Fällen, wo bereits Herzschwäche oder ein Reizungszustand in der Vagusausbreitung vorhanden". In allen andern Fällen ist die Darreichung unbedenklich, und die Wirkung sowohl ausgiebig antipyretisch als auch Malaria coupirend. Der billigere Preis (1/3 des Chinin) empfiehlt das Conchinin besonders für die Armen- und Hospitalpraxis.

Stintzing.

---



**Berichtigung.**

In Nr. 31, p. 490, Zeile 2 u. 3 soll heissen:

statt: sehr trübes klinisches und ungenaues anatomisches Bild —
sehr **treues** klinisches und **genaues** anatomisches Bild.

---

## Neue Bücher.

Archiv für Kinderheilkunde. Herausgegeben von Baginsky, Herz u. Monti. I. Band. cplt. Stuttgart, Enke. 12 Mark.

Berlin, Ueber den anatomischen Zusammenhang zwischen orbitalen und intracinellen Entzündungen. (Samml. klin. Vorträge 186.) Leipzig, Breitkopf & Härtel. 75 Pfg.

Biedert, Kinderernährung im Säuglingsalter. Stuttgart, Enke. 8 Mark.

Falck, Lehrbuch der praktischen Toxicologie für Aerzte und Studirende. Stuttgart, Enke. 8 Mark.

Flügge, Lehrbuch der hygienischen Untersuchungsmethoden. Mit 88 Abbildungen, 17 Tabellen und 4 lithogr. Tafeln. Leipzig, Veit & Comp. 16 Mark.

Guttmann, Lehrbuch der klinischen Untersuchungsmethoden für die Brust- und Unterleibsorgane, mit Einschluss der Laryngoskopie. 4. verb. u. vermehrte Aufl. Berlin, Hirschwald. 11 Mark.

Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie. Herausgegeben von Ziemssen. XVI. Handbuch der Geisteskrankheiten von Schüle. 2. umgeänderte Aufl. Leipzig, F. C. W. Vogel. 13 Mark.

Heckel, Compendium der Unterleibshernien. Stuttgart, Enke. 3 Mark.

Hofmann, Die Bedeutung der Fleisch-Nahrung und die Fleisch-Conserven mit Bezug auf Preisverhältnisse. Leipzig, F. C. W. Vogel. 3 Mark.

Landau, Ueber Erweiterungsmittel der Gebärmutter. (Samml. klin. Vorträge 187.) Leipzig, Breitkopf & Härtel. 75 Pfg.

Liebermann, Grundzüge der Chemie des Menschen. Stuttg., Enke. 6 M.

Michel, Zur Behandlung der Krankheiten der Mundrachenhöhle und des Kehlkopfes. Leipzig, F. C. W. Vogel. 4 Mark.

Pauthier, Du renversement des mouvements normaux de la respiration dans les fractures de côtes. Paris, Noblet.

Pollet, Essai sur l'infection purulente et son traitement préventif. Lille, Danel.

Rheinstädter, Ueber weibliche Nervosität. (Samml. klin. Vorträge 188.) Leipzig, Breitkopf & Härtel. 75 Pfg.

Samuel, Compendium der allgemeinen Pathologie für Aerzte und Studirende. Stuttgart, Enke. 8 Mark.

Schüller, Experimentelle und histologische Untersuchungen über die Entstehung und Ursache der skrophulösen und tuberkulösen Gelenkleiden. Mit 30 Abbildungen. Stuttgart, Enke. 7 Mark.

Tabouet, Etude sur le traitement des abscès soos-periustiques aigus de l'adolescence. Paris, Goupy & Jourdan.

Tauleigne, De l'emploi de la pilocarpine dans la bronchite et dans la pleurésie. Paris, Laloux fils & Guillot.

Weil, Handbuch und Atlas der topographischen Perkussion nebst einer Darstellung der Lehre vom Perkussionsschall. 2. vermehrte und umgearbeitete Aufl. Mit 4 Holzschnitten und 26 Tafeln. Leipzig, F. C. W. Vogel. 12 Mark.

Wernicke, Ueber den wissenschaftlichen Standpunkt in der Psychiatrie. Cassel, Th. Fischer. 1 Mark.

---

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.





Erscheint wöchentlich.
Jeder Jahrgang umfasst
52 Bogen nebst Titel
und Register.

# Centralblatt
für
# KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M.,
zu beziehen durch alle
Buchhandlungen und
Postanstalten.

Redigirt von

**Dr. H. Rühle,** Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.
und
**Dr. D. Finkler,** Privatdocent und Assistent an der medicin. Klinik in Bonn.

**1880.** **4. November.** **Nro. 33.**

**Inhalt.** Referate: 1. **Bollinger**, Ueber den Einfluss von Milch und Fleisch tuberculöser Rinder auf die menschliche Gesundheit. — 2. **Bosse** u. **Annuschat**, Zur Behandlung der Diphtheritis. — 3. **Goll**, Subcutane Zerstörung syphilitischer Sclerosen. — 4. **Laffter**, Gehirnerweichung, bedingt durch Micrococcen-Infection bei puerperaler Pyämie. — 5. **Lugard**, Ueber die Entartungsreaction. — 6. **Müllendorf**, Ein Fall von hochgradigster Chorea senilis mit tödlichem Ausgang. — 7. **Worms**, Sur des névralgies symmétriques dans le diabète. — 8. **Letulle**, Note sur l'existence de lésions cardiaques dans l'ataxie locomotrice. — 9. **Kostjurin**, Zur Entwicklung der Endocarditis. — 10. **Schnitzler**, Ueber Stimmbandblutung und Stimmbandzerreissung. — 11. **Heitler**, Ueber Heilbarkeit der Lungenschwindsucht und über Combination der Tuberculose mit anderen Krankheiten. — 12. **Garnier**, Sur une épistaxis rebelle liée à une cirrhose du foie. — 13. **Habel** u. **Fernholz**, Neue Methode der quantitativen Analyse der Chloride im Harne, nebst Beiträgen zur Chemie des Quecksilbers. — 14. **Bornträger**, Ueber rechtsdrehende zuckerfreie Harne. — 15. **Hewetson**, Vergiftung mit Kampheröl. — 16. **Jaenicke**, Ein Beitrag zur Wirkung des Resorcin. — 17. **Williams**, Ueber die Ursache der Blutdrucksteigerung bei der Digitalinwirkung. — 18. **Podwyssotzki**, Pharmakologische Studien über Podophyllum peltatum. — 19. **White**, Ueber die Wirkungen des Zinns auf den thierischen Organismus.

1. **O. Bollinger, Ueber den Einfluss von Milch und Fleisch tuberculöser Rinder auf die menschliche Gesundheit.** (Aerztl. Intell.-Blatt 1880 Nr. 38.)

Um den Einfluss festzustellen, welchen der Genuss von Milch und Fleisch tuberculöser Rinder auf die menschliche Gesundheit ausübt, wurden sämmtliche Bezirksärzte in Bayern durch ministerielle Verfügung angewiesen, diesem Gegenstande ihre Aufmerksamkeit zu widmen. Da die Wasenmeistersfamilien in dem Rufe stehen, Milch und namentlich Fleisch derartiger Rinder zu geniessen, sollten namentlich über den Gesundheitszustand dieser Familien hinsichtlich des Vorkommens der Tuberculose Erhebungen gepflogen werden.

Diese Erhebungen haben ergeben:

I. Dass das Fleisch tuberculöser Rinder in den Wasenmeistersfamilien im Ganzen selten, die Milch so gut wie niemals als Nahrung Verwendung findet.

II. Die in Frage stehenden Familien, deren Zahl sich in Bayern auf 570 mit circa 3000 Köpfen beläuft, sind nicht mehr als andere



Familien mit Tuberculose behaftet. Auch bezüglich der Form und des Verlaufs der Tuberculose konnten bei den Wasenmeisters-Familien Abweichungen von den gewöhnlichen Formen nicht constatirt werden.

III. Ein causaler Zusammenhang zwischen der bei diesen Familien beobachteten Tuberculose und dem Genuss von Milch und Fleisch tuberculöser Rinder muss negirt werden, zumal in den wenigen Familien, welche den wiederholten Genuss solchen Fleisches und solcher Milch zugestehen, Tuberculose nicht beobachtet wurde.

Dann führt B. zahlreiche Beobachtungen an, welche im Allgemeinen beweisen, dass der Genuss von Fleisch und Milch tuberculöser Rinder einen nachweisbaren Schaden für die menschliche Gesundheit nicht bedingt.

Dieses Ergebniss stimmt mit dem von B. in dieser Angelegenheit eingenommenen Standpuncte bezüglich des Fleischgenusses überein; den fortgesetzten Genuss der Milch derartiger Kühe hält er jedoch für schädlich.

Zum Schlusse empfiehlt er, für die Lösung der vorwürfigen Frage weiteres verwerthbares Material zu sammeln. Zur Lösung der Frage hält er es für nöthig, mit Hilfe der Fleischbeschau-Resultate eine Fühlung zwischen den Vertretern der Menschen- und Thierheilkunde herzustellen. Werden die Fleischbeschauer resp. Thierärzte angewiesen, in gewissen Zeiträumen den Bezirksärzten Verzeichnisse der perlsüchtigen Rinder mit Angabe des Ursprunges (Ort und Stallung) derselben vorzulegen, so kann es diesen keine Schwierigkeiten machen, die wichtige Frage unter Mithilfe der praktischen Aerzte, sowie unter Benützung der Todtenbeschaulisten zu beantworten.

Hilgers.

---

2. **Dr. Bosse**, Domnau, und **Dr. Annuschat**, Liegnitz, **Zur Behandlung der Diphtheritis.** (Berl. klin. Wochenschr. 1880. Nr. 43.)

Dr. B. erlebte bei einem 10jährigen Knaben mit hochgradiger Diphth. und Larynxstenose, dass nach einem aus Versehen verabreichten Esslöffel (12 grm.) Ol. Terebinth. rect. die Larynxerscheinungen schon am folgenden Tage besser, die Rachenauflagerungen rissig wurden und sich abheben liessen und der Knabe bald in Reconvalescenz kam. Er gab desshalb in 23 Fällen schwerer Formen 2—7jährigen Kindern 8 grm., älteren 12 grm. Terpentinöl auf einmal mit reichlichem Nachtrinken von Milch. Nur einmal erfolgte Erbrechen. Nach 24 Stunden erschien der Belag rissig, gelockert, am andern Tage verschwunden. In 4 Fällen, in denen nach der ersten Gabe noch keine Lockerung eingetreten, wurde (10- und 12jährigen Kindern) noch eine Dosis von 10 grm. gegeben und der Belag war am anderen Tage verschwunden.

Dr. A. theilt mit, dass Hydrarg. cyanat. 0,1—0,2 auf 100 Aq. Menth. pip. Tag und Nacht stündlich ein Theelöffel neben Inhalation von zerstäubten Lösungen des Natr. benzoic. einen sehr schnellen und günstigen Einfluss auf die Rachenaffection hatten. Schon nach 24



Stunden waren die Membranen schmutzig grau und lösten sich in wenigen Tagen ganz.

In einigen Fällen reichten diese Dosen nicht aus, es musste zu Lösungen von 0,3—0,4 auf 100,0 gestiegen werden. Die secundären Erscheinungen der Krankheit blieben dabei aus, nur einmal kam leichte Amblyopie vor. Von 120 mit Hg. cyanat. Behandelten starben 14.

R.

---

3. **Dr. Goll, Subcutane Zerstörung syphilitischer Sclerosen.** (Correspondenzblatt für schweizer Aerzte. Nr. 16. 1880.)

Ausser anderen Heilerfolgen, die er durch Anwendung der Galvanocaustik erzielte, erwähnt G. in einem in der med.-chirurg. Gesellschaft des Cantons Zürich gehaltenen Vortrage der erfolgreichen Anwendung der Galvanocaustik zur subcutanen Zerstörung syphilitischer Sklerosen. Beim Ausbrennen mit dem Nadel- und Cuppelbrenner (subkutan in dem Rauminhalt eines sehr flachen Conus) werde die zum Zerfall bestimmte sklerotische Scheibe des Unterhautbindegewebes zerstört und würden die angrenzenden Gewebe mit Venen und Lymphgefässen durch die Verbrennung thrombosirt.

In zweien von drei so behandelten Fällen sei zwar gleichwohl eine kurz dauernde Schwellung der inguinalen Lymphdrüsen erfolgt, doch schienen keine specifisch inficirenden Elemente centripetal gewandert zu sein, denn bis mehrere Wochen nach der vollständigen Vernarbung der cauterisirten Partie sei keinerlei Exanthem oder anderweitige specifische Erkrankung erfolgt. Ob das Verfahren sich bewähre, müsse freilich die fernere, über Jahre auszudehnende Controlle lehren.

Ungar.

---

4. **Dr. Th. Laffter,** Knappschaftsarzt in Lipine (Oberschlesien), **Gehirnerweichung, bedingt durch Micrococcen-Infection bei puerperaler Pyämie.** (Berl. ärztl. Zeitschr. 1880. Nr. 18.)

Dr. L. berichtet über 2 Fälle tödtlich verlaufener, puerperaler Erkrankung, in denen die mikroskopische Untersuchung der multiplen Abscessbildungen und Herde in verschiedenen Organen die Anhäufung von Micrococcen ergab, besonders wurden die im Gehirn befindlichen Herde genau untersucht.

Der 1. Fall betraf eine 40jährige Frau, die 8 Tage nach der Entbindung mit allgemeinem Unwohlsein und Leibschmerz erkrankte, und am Ende der 2. Woche somnolent wurde. Bei der Aufnahme: tiefes Coma, stertoröses Athmen, Abdomen aufgetrieben, schmerzhaft. Rechtsseitige Parese des Facialis und der Extremitäten; Uterus über der Symphyse fühllos, weich und sulzig anzufühlen. Parametrien frei. Der Tod erfolgte in der folgenden Nacht.

Section: Im Abdomen keine Flüssigkeit. In der linken Pleura geringe Menge trüben Eiters. Der obere Lappen der linken Lunge enthält eine Infiltration, in deren Mitte ein hühnereigrosser Abscess mit trübem Eiter befindlich. Der zuführende Arterienrest durch einen grüngelben Pfropf verschlossen.



Die Aortenklappen mit grauen, undurchsichtigen Auflagerungen versehen. Die Milz um das doppelte vergrössert, enthält mehre graugelbe Herde. Die Nieren zeigen zahlreiche, stecknadelkopfgrosse weisse Herde mit rother Peripherie in beiden Substanzen, in der Rindensubstanz von länglicher Gestalt, radiär geordnet. Die stark ectasirten Hämorrhoidalvenen mit graugelben, breiig erweichten Pfröpfen erfüllt; dahinter ein taubeneigrosser Abscess. Uterus gross, an der rechten Seite des Cervix ein Riss mit schiefrig verfärbten Wandungen. Endometrium frei. Im untern Theil des Stirnlappens der linken Gehirnhemisphäre eine zweimarkstückgrosse Erweichung; auf dem Durchschnitt roth pulpös. Ein kleiner Erweichungsherd in der rechten Hemisphäre.

Der 2. Fall betraf eine 31jährige Frau, die am 6. Tage nach der Entbindung mit Schüttelfrost erkrankte, der sich in den nächsten Tagen wiederholte. Bei der Aufnahme am 10. Mai: schweres Coma. Abdomen weich, schmerzhaft. Ueber beiden Lungen Schnurren und Rasseln. Uterus gut involvirt. Parametrien frei. Trotz Ausschaben der Uterushöhle, Ausspülen mit Carbollösung und Drainage dauerten die Schüttelfröste und Somnolenz fort; am 15. ohne weitere Aenderung der Tod.

Sect.: Eitrige Pericarditis, bohnengrosser subpericardialer Eiterherd im Herzmuskel. Frische Endocarditis, Auflagerungen an den Aortenklappen. Milz dreifach vergrössert. Nieren weissgelbe Herdchen in den Pyramiden. Im Fuss der 3. rechten Stirnwindung eine über erbsengrosse Hämorrhagie, umgeben von einem haselnussgrossen rothen Erweichungsherde, in dessen Umgebung eitrige Meningitis. Frische Endometritis, hämorrhagische Röthung der Innenfläche, gelblich membranöser Belag. Thrombose mit Zerfall in den ectasirten Plexus um die Vulva.

In beiden Fällen ergab die mikroskopische Untersuchung der angeführten Herde zahlreiche Micrococcen, die durch Gentianaviolett intensiv blau gefärbt wurden. Dieselben lagen in den Capillaren der Gehirnsubstanz und diese zeigten sich durch die Anhäufung der Micrococcen vielfach varicös erweitert. Ein Beweis, dass an Ort und Stelle eine Vermehrung der eingewanderten Micrococcen stattgefunden hatte.

In beiden Fällen erweichte Thromben in den Venenplexus um den Uterus, keine Peritonitis, aber Endocarditis. R.

---

5. **Chr. Lugard** aus Norwegen, **Ueber die Entartungsreaction.** Aus dem klinischen Institut zu München. (Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. XXVI, H. 5 u. 6 p. 459—522.)

I. Verf. gibt zunächst einen Ueberblick über die Geschichte der Lehre von der Entartungsreaction und über die verschiedenen Ansichten der neueren Autoren in dieser Frage. — Bei seinen Untersuchungen, die durch eine Anzahl von Curven und Abbildungen illustrirt werden (die Methoden s. im Original), erzeugte L. periphere Lähmungen an Hunden und Kaninchen meist durch Anlegung einer Ligatur an einem blossgelegten Nerven, seltener durch Quetschung mit einer Pincette,



Durchschneidung oder Excision. Er unterscheidet 4 Stadien der Lähmung.

Bei Reizung des Nerven sinkt (St. I) die Erregbarkeit nach einer unbedeutenden anfänglichen Steigerung ziemlich rapid (in 1—4 Tagen) bis auf Null. Die Motilität fehlt in den beiden ersten Stadien. Nachdem der völlige Mangel an Erregbarkeit (St. II) mehr weniger lange gedauert, kehrt (St. III) allmählich die Motilität zurück und mit ihr oder etwas später die Erregbarkeit. Anfangs ist das centrale Ende leichter erregbar als das periphere, später verschwindet dieser Unterschied. Die Oeffnungscontractionen sind inconstant. Im St. IV ist die Motilität gut und kräftige Zuckungen werden schon bei schwächeren Strömen erhalten. Die Stromarten verhalten sich in allen Stadien gleich.

Die farado-musculäre Erregbarkeit nimmt im St. I ziemlich schnell ab, bis (St. II) nur noch fibrilläre oder gar keine Contractionen mehr erfolgen, kehrt (St. III) gleichzeitig mit der Motilität oder etwas später allmählich wieder zurück und steigt (St. IV) entsprechend dem Rückgang der anatomischen Veränderungen, selten bis zur Norm.

Die galvano-musculäre Erregbarkeit fällt (St. I) nach kurzer schwacher Erhöhung für KaS und AnS allmählich ab. KaSZ und AnSZ liegen einander näher als normal, erstere ist aber meist grösser. OZ verschwinden oder sind inconstant. Im St. II erhält man gesteigerte Erregbarkeit; auch die OZ sind leicht und constant auszulösen und liegen den SZ nahe. Dieser Zustand besteht fort bis über die Rückkehr der Motilität (St. III) hinaus, dann sinken die SZ unter die Norm, und parallel mit ihnen die OZ bis zum Verschwinden. Im St. IV findet sich verminderte Erregbarkeit; später je nach der Schwere des Falles mehr weniger Annäherung an die Norm. — Die Phänomene AnSZ $>$ HaSZ und KaOZ $>$ AnOZ fand L. (entgegen Erb, Brenner u. a.) nur ausnahmsweise. Ebenso konnte er im Widerspruch mit diesen Autoren gerade im Stadium der Uebererregbarkeit Oeffnungszuckungen leicht auslösen, und hält gerade dieses Symptom für characteristisch.

Der Tetanus, der im Allgemeinen niedriger aber parallel den SZ geht, sinkt im St. I manchmal bis zum Verschwinden, wird im St. II wieder deutlich, „ist aber beinahe immer letztes Glied der qualitativ veränderten Zuckungsformel“, und fällt (St. III) mit den übrigen Reactionen.

Wie andere Autoren fand auch L. im Stadium der Uebererregbarkeit die Zuckungen „träge und langgezogen“. Die Trägheit verschwindet wieder gleichzeitig mit der Uebererregbarkeit. Die mechanische Erregbarkeit hat Vf. bei seinen Versuchen nie deutlich vermehrt gesehen. Ebenso ist es ihm nicht gelungen, Erb's „Mittelform“ zu erzeugen.

Zusammenfassend schliesst L. diesen Abschnitt: „Es ist das Auftreten der Oeffnungszuckungen als constante Reaction, welche ich gleichzeitig mit der Uebererregbarkeit und den übrigen schon erwähnten Veränderungen das characteristische Zeichen des 2. und 3. Stadium sein lasse; die Grenze zwischen diesen beiden wird von der Rückkehr der Motilität gebildet. Das 1. und 4. Stadium sind beide durch verminderte Erregbarkeit, schwache Zuckungen, fehlende Oeff-



nungszuckung ausgezeichnet, aber während in dem ausgebildeten ersten Stadium die Motilität, die indirecte und farado-musculäre Erregbarkeit fehlen, werden diese im 4. Stadium gefunden. Diese letzte Periode geht allmählich in das Normale über, vielleicht erst nach Jahren, oder die Lähmung kommt überhaupt nie aus derselben heraus" (cf. Tab. II).

II. Weiter hat sich L. die Aufgabe gestellt, den Gang der anatomischen Veränderungen bei leichten Lähmungen an Nerv und Muskel zu verfolgen. Zu dieser Untersuchung dienten ausschliesslich Nerven, die mit einer gleich wieder entfernten Ligatur zugeschnürt worden waren. Durch diese Operation werden Markscheide und Axencylinder nach beiden Seiten zurückgedrängt und erscheinen dann an den Enden angeschwollen; die leere Schwann'sche Scheide bleibt als feiner Faden zurück. Die Differenzirung der einzelnen Bestandtheile wurde durch Färbung, meist mit Ueberosmiumsäure und Pikrocarmin ermöglicht.

Nach der Operation degenerirt der ganze periphere Theil des Nerven in der Weise, dass das Myelin sich in kleinere Stückchen theilt, während daneben eine Vermehrung und ein Wachsthum von mit Protoplasma umgebenen Kernen Platz greift, welches jedoch nicht, wie Ranvier will, die Ursache der Myelintheilung ist. Diese Theilung in Stückchen und Schollen schreitet fort, bis schliesslich nur noch Anhäufungen von Markkörnchen restiren, und die Schwann'sche Scheide auf grosse Strecken von Myelin entblösst ist. Nach dem Myelin theilt sich auch der Axencylinder; er ist anfangs noch zerstückelt in den Myelinresten zu sehen, verschwindet aber gänzlich, meist vom 10. Tage ab. Die die Kerne umgebenden Protoplasmamassen confluiren und füllen die Schwann'sche Scheide mehr und mehr aus. In späteren Stadien findet man oft die Markreste zwischen den Bindegewebsbündeln angesammelt, wo sie wahrscheinlich resorbirt werden. Der geschilderte Zerfall und die wahrscheinliche Resorption sprechen gegen die Hypothese von Neumann und Eichhorst, wonach die Degeneration nur in einer chemischen Umwandlung von Myelin und Axencylinder besteht. Die Schwann'schen Scheiden bleiben bei der überwiegenden Anzahl von Fasern erhalten, nur ein kleiner Theil der Fasern scheint total zu Grunde zu gehen. — An der Schnürfurche verdickt sich die leere fadenfeine Scheide, ebenso wie anderorts und wird Sitz reichlicher Kernbildung und Vermehrung des Protoplasma, ohne Unterschied zwischen dem peripheren und centralen Theil. — Der centrale Theil des Nerven degenerirt höchstens auf 1 cm, gewöhnlich die ersten 1—3 interannulären Segmente. Die erste Strecke zeigt die beschriebenen Veränderungen. Die nun folgenden Segmente sind nach Grösse und Gestalt verändert, über ihre Oberfläche sind isolirte oder nur ausgebuchtete Marktheile zerstreut, die Kerne vermehrt, zwischen den Segmenten die Faser meist auf kurze Strecke des Myelins beraubt, so dass die Verbindung nur durch den mit der Scheide bekleideten Axencylinder, der wahrscheinlich oft persistirt, erhalten wird. — Im Neurilemm der degenerirten Fasern sammeln sich anfangs neue Zellen und Kerne, woraus sich später junges Bindegewebe neu bildet. — L. hält die Theilung des Marks für die primäre trophische Veränderung und fasst diese gemäss der Waller-

schen excitorischen Theorie über die trophischen Centren als eine regressive Metamorphose — Folge der Durchtrennung trophischer Bahnen — auf. In der Kern- und Protoplasma-Vermehrung sieht er einen „Process, der als endliches Ziel die Neubildung der Nervenfasern hat“. Die beschränkte Degeneration des centralen Theils dagegen resultirt, abgesehen von dem minimalen Entzündungsvorgang, aus einer mechanischen Ursache: Verdrängung von Myelin und Axencylinder durch die Ligatur und Drucksteigerung in der Schwann'schen Scheide.

Die Regeneration beginnt schon, ehe die Degeneration noch ganz abgelaufen ist. Man findet im peripheren Theil schmale geschlängelte Bänder, varicös oder mit parallelen Rändern, in der mit Kernen und Myelinresten erfüllten alten Scheide. Es sind dies (nach der Färbung) Mark und Axencylinder, die in der alten Schwannschen Scheide neugebildet werden. Entgegen der Anschauung anderer Autoren, dass die neuen Fasern des centralen Endes aus dem dortbefindlichen nicht degenerirten Theil des Nerven hervorgehen, findet L. eine selbständige Entwicklung neuer Fasern. Solche an Ort und Stelle neugebildete Theile — Fasern mit spitzen Enden, sowie spindelförmige Gebilde — confluiren allmählich zu einem leitungsfähigen Nervenfaden. Das Material zu dieser Neubildung liefert das erwähnte Protoplasma, dessen Kerne allmählich verschwinden. Die Faser nimmt an Dicke zu, erreicht jedoch — wenn überhaupt — die Norm erst, nachdem die Function schon lange restituirt ist. Auch die Ranvierschen Schnürringe treten wieder auf. Aus zahlreichen Messungen geht hervor, dass die neue Faser aus mehr kürzeren interannulären Segmenten besteht als die alte, und dass die durchschnittliche Länge der Segmente in früheren und späteren Entwicklungsstadien dieselbe bleibt. Die Frage, ob an Stelle der vollständig zerstörten Fasern total neugebildete treten, lässt Vf. offen. — Auch für die Ligaturstelle incl. den pheripher vom letzten intacten interannulären Segment gelegenen centralen Nerventheil nimmt L. eine selbständige Neubildung an und glaubt nicht, dass das Myelin und der Axencylinder aus den entsprechenden alten Theilen entstehen. L. fand ferner, dass je peripherer die Lähmungsursache lag, desto rascher Regeneration und Motilität eintraten. — In den Schwann'schen Scheiden verschwinden während der Regeneration die Kerne und gleichzeitig nehmen die Scheiden an Dicke ab. Das Bindegewebe schwindet mit fortschreitender Neubildung.

Die Veränderungen, welche der Muskel bei unterbrochener Nervenleitung erleidet, bestehen „in ihren Hauptzügen in einer Atrophie der Muskelfasern mit Proliferation der Sarcolemmakerne und in einer hochgradigen Wucherung des interstitiellen Bindegewebes und dessen Zellenelementen. Die Proliferation und Vermehrung der Kerne tritt ein und nimmt ab gleichzeitig mit der Atrophie. Wachsartige Degeneration (Erb) hat L. nicht gesehen. Das neue Bindegewebe verbreitert die normalen Septa und schiebt sich zwischen die Muskelfasern ein. Alle diese Veränderungen können zurückgebildet werden, wenn Atrophie und Bindegewebswucherung keinen zu hohen Grad erreichen.

III. Die elektrischen und anatomischen Resultate seiner Untersuchung vergleichend, findet L. die Ursache des Verlustes der in-



direkten Erregbarkeit (2—4 Tage nach der Leitungsunterbrechung) in dem Zugrundegehen der Leitungsfähigkeit in Folge der Theilung des Myelins und des Axencylinders. Dass Motilität und Erregbarkeit je nach der mehr centralen oder peripheren Lage der Ligatur für längere oder kürzere Zeit verschwinden, erklärt sich daraus, dass die Regeneration im Grossen und Ganzen vom Centrum nach der Peripherie fortschreitet. Während die Besserung der Motilität von der Anzahl der regenerirten Nervenfasern abhängt, ist für die elektrische Erregbarkeit die Entwicklungsstufe der Fasern massgebend, daher letztere oft später eintritt als erstere.

Als Ursache der Abnahme der Muskelerregbarkeit ergibt sich die Veränderung der contractilen Substanz, deren Endprodukt die Atrophie ist. Die Zellen- und Kernwucherung scheint (im St. II) die Uebererregbarkeit und die Atrophie die Trägheit der Zuckungen zu bedingen. Wenn dann der Muskel wieder mit seinem trophischen Centrum in Verbindung gesetzt ist, nimmt die Hyperplasie der Bindegewebselemente und die Atrophie ab und demzufolge die Uebererregbarkeit mit den trägen Zuckungen, während die faradische Erregbarkeit steigt. Sind die hyperplastischen Processe bis zu einem gewissen Grade zurückgegangen, so folgt (St. IV) verminderte Erregbarkeit, die sich aus der einfachen Atrophie herleitet. Je nach dem Rückgang der Atrophie endlich wächst die Erregbarkeit wieder.

Stintzing (München).

---

6. **Dr. J. Müllendorf,** Dresden, **Ein Fall von hochgradigster Chorea senilis mit tödlichem Ausgang.** (Deutsch. Arch. für klin. Med. Bd. XXVI. Heft 5 u. 6. p. 607.)

Eine 83jährige Arbeiterin, die sich vor 4 Jahren bei einem Sturz am Hinterkopf verletzte und in den letzten Jahren an Zittern der Hände und Füsse litt, erkrankt plötzlich ohne Veranlassung an choreatischen Bewegungen der Hände, Beine und des Gesichts, die sich später auf Arme und Rumpfmuskeln verbreiten und heftiger werden. Essen, Trinken und Gehen stark behindert. Complicirte, unregelmässige Sprachstörungen. Unmotivirter Wechsel der Stimme in Höhe und Tiefe. Bei starker Erregung bleibt der Thorax in tiefster Inspiration sekundenlang stehen. Sensible Sphäre intact. Im festen Schlaf völlige Muskelruhe. Kein Jähzorn oder Eigenwilligkeit. Gedächtniss scheint leidlich erhalten. Tod unerwartet nach ca. 2 Monaten. Bei der Sektion (Birch-Hirschfeld) fand sich ausser vielen Alters- und anderen Veränderungen: Ulcus des Clivus Blumenbachii, schleimig erweichte Ecchondrosis spheno-occipitalis, dementsprechend eine rundliche fast linsengrosse Lücke in der Dura und Compression der Brücke, das Gewebe derselben weich, sehr blass, die grauen Lagen etwas gelblich verfärbt. Unter den wenigen (von Verf. aufgezählten) Fällen von Chorea im vorgeschrittenen Alter aus der Literatur ist der Tod an reiner Chorea eine grosse Seltenheit; gewöhnlich wird er durch ein begleitendes oder intercurrentes Leiden herbeigeführt. Die Sektionsberichte führen die verschiedensten Befunde in Gehirn und Rückenmark auf. In einem Fall von Froriep (8jähr. Knabe) fand sich an der vorderen



Fläche der Med. oblong. ein platter, grubenartiger Eindruck und eine entsprechende Vergrösserung des Process. odontoides. Charcot berichtet in drei Fällen von posthemiplegischer Hemichorea von Läsionen im Bereich der Capsula interna. Virchow hat zuerst derartige seltene, vom ursprünglichen Deckknorpel des Clivus ausgehende Ecchondrosen beschrieben. „Die Compression der Brücke (Krampfcentrum der Autoren) erklärt wohl ohne Weiteres die choreatischen Bewegungen; auch die angeführte Sprachstörung, die erschwerte Lautbildung wird genügend verständlich, weil durch die Neubildung die leitenden Längsfasern der Brücke beeinträchtigt waren.“ Das plötzliche Eintreten der Chorea wird in Zusammenhang mit der Perforation der Dura gebracht. „Der hier beschriebene Fall bildet die verbindende Brücke zwischen Charcot's und Froriep's Befunden. In allen 3 Fällen hat ein reizendes Moment eingewirkt auf die langen motorischen Leitungsbahnen Capsula interna, Brücke, Pyramidenstränge.“

Stintzing (München).

---

7. **Dr. Worms, Sur des névralgies symmétriques dans le diabète.** Ueber symmetrische Neuralgien bei Diabetes. (Gaz. méd. de Paris. Nr. 40. 1880.)

1. Es besteht eine dem Diabetes eigenthümliche Form von Neuralgie, charakterisirt durch den Sitz in den zwei symmetrischen Zweigen eines Nerven.

2. Bis jetzt ist dieselbe nur beobachtet in den Nervi dentales und Ischiadici.

3. Diese Neuralgie scheint schmerzhafter als andere.

4. Sie weicht nicht den gewöhnlichen Mitteln, und hält gleichen Schritt mit dem Zuckergehalt im Harne.

Verf. bringt sie unter bei den diathesischen Neuralgien, beobachtet bei Arthritis, Chlorose und Bleiintoxication. Ob Veränderungen des Nerven oder des Neurilems, verursacht durch die Glycosurie, zu Grunde liegen, bleibt unentschieden und einer späteren Besprechung vorbehalten.

Roux.

---

8. **Dr. Maurice Letulle, Note sur l'existence de lésions cardiaques dans l'ataxie locomotrice.** Beitrag über die Existenz von Herzfehlern bei Tabes dorsalis. (Gaz. méd. de Paris. Nr. 39. 40. 1880.)

L. theilt zwei von ihm beobachtete Fälle mit und resumirt aus diesen und den von Rosenbach, Berger und Grasset mitgetheilten:

1. Wenn Tabes dorsalis von Veränderungen am Herzen, was selten ist, begleitet wird, so ist dies besonders Insufficienz der Aorta.

2. Oft erklärt dann das Bestehen von mehr oder weniger allgemeinen arteriellen Veränderungen (Atherom) genügend die gleichzeitige Entwickelung einer Herzkrankheit und der Tabes dorsalis.

Roux.

---



9. **J. D. Kostjurin, Zur Entwicklung der Endocarditis.** Aus der propädeutischen Klinik des Prof. W. A. Manasseïn. (St. Petersb. medic. Wochenschr. 1880 Nr. 41.)

Verf. „stellte einige Versuche an, um sowohl makroskopisch als auch mikroskopisch das Verhältniss der Pericarditis zur Endocarditis klar zu legen". Er nahm dazu sechs Kaninchen aus demselben Wurf und spritzte denselben zur Hervorrufung von Pericarditis ein Gemisch von süssem Mandelöl und Crotonöl in den Herzbeutel ein. Ein Kaninchen wurde 10 Tage nach der ersten Injektion getödtet; an zwei anderen wurden je zwei Injectionen gemacht, worauf das eine am 16. Tage verschied, während das andere an demselben Tage getödtet wurde; das vierte ging, nachdem vier Injectionen gemacht worden waren, am 32. Tage zu Grunde; das fünfte wurde am 40. Tage getödtet, und an demselben Tage auch das zur Controlle bestimmte sechste Kaninchen durch Erhängen erstickt.

Die Beschreibung der Präparate, welche durch zwei Abbildungen veranschaulicht werden, ist im Original nachzusehen. K. kommt zu dem Resultat: „Entzündliche Prozesse im Perikardium ziehen immer auch im Endokardium Veränderungen nach sich, wobei das interstitielle Gewebe des Herzmuskels die Uebertragung vermittelt, und konsekutive Atrophie von Muskelelementen sich sowohl in den Ventrikeln als auch in den Vorhöfen des Herzens entwickelt. Die grössten Veränderungen erfolgen im linken Ventrikel, dann kommt der rechte Ventrikel und endlich die Vorhöfe". „Entzündliche Vorgänge im Perikardium können also aller Wahrscheinlichkeit nach auch in der Aetiologie der Herzfehler von Bedeutung sein."

E. Bardenhewer.

---

10. **Prof. Dr. Joh. Schnitzler, Ueber Stimmbandblutung und Stimmbandzerreissung.** (Wien. med. Presse Nr. 38 und 41.)

Einer 36jährigen Frau, die seit einigen Tagen wegen eines leichten Rachen-Kehlhopfkatarrhs in Behandlung stand, versagte plötzlich, als sie etwas aufgeregt laut rufen wollte, die Stimme und spürte sie gleichzeitig ein schmerzhaftes Gefühl in der Kehle. Erst nach einigen Minuten gewann sie die Stimme wieder, die aber dann auffällig matt und heiser klang. Die laryngoskopische Untersuchung ergibt, dass das linke Stimmband „in seiner ganzen Länge und Breite blutroth förmlich von Blut durchtränkt ist; dasselbe erscheint viel dicker, massiger, so dass es mehr einer runden Schnur als einem breiten Bande gleicht. Bei der Phonation und Respiration wird es wie eine schlaffe Saite vom Luftstrom hin- und hergetrieben; namentlich fallen bei der Phonation die groben Schwingungen des rothen, dicken, schlotternden, linken Stimmbandes, gegenüber den feinen Schwingungen des weissen, dünnen, gespannten rechten Stimmbandes auf." Man sieht, namentlich bei Sonnenbeleuchtung ganz deutlich, „dass das Blut sich unter das Epithel des Stimmbandes ergossen, dasselbe etwas abgehoben hat, ohne es aber ganz zu zerstören, so dass das Blut nirgends auf die freie Oberfläche des Stimmbandes ausgetreten ist."

Sieht man von den punktförmigen Ecchymosen und kleineren Ex-

travasaten ab, welche öfter nach heftigen Hust- und Brechacten, sowie bei Tussis convulsiva und bei Morbus maculosus Werlhoffii beobachtet werden, so sind Stimmbandblutungen äusserst selten. Die wenigen Fälle, die Sch. sah, traten meist in Folge von Ueberanstrengung der Stimme auf. So sah er eine doppelseitige Stimmbandlähmung bei einem 16jährigen Mädchen, das, während es wegen diphtheritischer Stimmbandlähmung in Behandlung stand, bei plötzlichem Erschrecken einen lauten Schrei ausgestossen hatte. „Unzweifelhaft war die übermässige Anstrengung der Stimmbandmuskulatur, welche die Patientin gemacht haben musste, um mittels ihrer gelähmten Stimmbänder einen Ton hervorzubringen, die Ursache der Stimmbandblutung."

Derartige Stimmbandblutungen kommen auch bei Sängern und Sängerinnen mit ganz gesunden Kehlen in Folge von Ueberanstrengung ihrer Stimme vor und pflegen sich auch, wie die Krankengeschichten von 2 Sängerinnen zeigen, gern zu wiederholen. Der Verlauf dieser Erkrankung scheint ein günstiger zu sein. Bei dem 16jährigen Mädchen war die Resorption des extravasirten Blutes erst in 4 Wochen, bei den beiden Sängerinnen, welche mit Inhalationen von adstringirenden Mitteln (Alumen und Tannin) und mit Insufflationen von Plumbum acet. und Argent. nitric. behandelt wurden, schon in 14 Tagen vollendet. Die Stimmen der letzteren hatten nicht gelitten.

Einzelne Autoren haben Fälle von Stimmbandblutung als Stimmbandzerreissung beschrieben. Von einer Stimmbandzerreissung darf nach Schnitzler's Auffassung nur dann gesprochen werden, wenn das Stimmband in seiner ganzen Masse eine Continuitätstrennung erfahren hat. Einen solchen Fall, den er vor mehreren Jahren beobachtet und seiner Zeit schon ausführlich beschrieben hat, und der ihn damals zu einer Reihe von Versuchen über die Widerstandsfähigkeit der Stimmbänder am Cadaver veranlasste, theilt er nochmals in Kürze mit. Ein Mann von 45 Jahren, der von Banditen überfallen, von diesen am Halse ergriffen und heftig gewürgt worden, hatte nach dem räuberischen Ueberfalle die Stimme gänzlich verloren. Die Diagnose lautete: Bruch (oder Luxation) des rechten Stellknorpels, und zwar an dessen Stimmfortsatze. Längsriss des rechten Stimmbandes zwischen dem elastischen und muskulären Theil desselben.

Ungar.

---

## 11. M. Heitler, Ueber Heilbarkeit der Lungenschwindsucht und über Combination der Tuberculose mit anderen Krankheiten.

(Wiener Klinik VI. Jahrgang 10. Heft.)

Verfasser hat die Sectionsprotocolle der Wiener pathologischen Anatomie aus den Jahrgängen 1869—1879 auf das Vorkommen geheilter Lungenphthise geprüft und unter 16 562 Obductionen 789 Fälle excerpirt mit dem Befunde: Tuberculosis obsoleta pulmonum: bei welchen mehr oder minder ausgedehnte Schwielen mit eingeschlossenen Knötchen, oder käsigen, mörteligen, kreidigen Massen oder Cavernen gefunden worden waren, und welche nicht an Lungentuberculose gestorben waren. Die Affectionen waren meistens doppelseitig, jedoch an



beiden Seiten von verschiedener Ausdehnung; 655 mal waren beide, 69 mal nur die rechte und 65 mal nur die linke Seite afficirt.

Die Veränderungen waren in der Mehrzahl der Fälle auf die Lungenspitze oder doch auf den Oberlappen beschränkt; nur selten wurden geheilte Herde neben solchen an der Spitze auch an anderen Stellen gefunden; 4 mal war geheilte disseminirte Tuberculose der Lungen verzeichnet.

In 3 Fällen fanden sich Angaben über geheilte tuberculöse Larynxgeschwüre; in 2 Fällen über vernarbte Geschwüre im Colon ascendens, 7 mal geheilte tuberc. Geschwüre im Ileum.

Diese Untersuchungen bestätigen also die auch von anderen Autoren festgestellte Thatsache, dass die (Lungen-) Tuberculose in den Lungen, sowie in anderen Organen heilbar ist.

Die Berücksichtigung des Lebensalters der betroffenen Individuen und der berufsmässigen Beschäftigung derselben ergab, dass diese Krankheit in jedem Alter, bei den verschiedensten, selbst den ungünstigsten Berufsarten eine spontane Heilung eingehen kann, und dass mit erlangter Heilung auch die Disposition an Tuberculose zu erkranken, oft vollständig erlischt.

Von welchen Bedingungen der Stillstand des Processes und das Erlöschen der Disposition abhängt, dafür liess sich aus den Untersuchungen keine auch nur einigermassen befriedigende Erklärung herleiten. Abgesehen von den ungünstigen Lebensbedingungen der betroffenen Individuen fand sich geheilte Tuberculose mit solchen Krankheiten combinirt, welche die hochgradigsten Störungen des Allgemeinbefindens und der Ernährung bedingen, während doch in anderen Fällen trotz den vortheilhaftesten Lebensverhältnissen und bei vorzüglichem Ernährungszustande ein Weiterschreiten des Processes beobachtet wird. Der Umstand, dass geheilte Herde fast nur im Oberlappen gefunden wurden, veranlasst den Verfasser den Satz aufzustellen: „So lange der tuberculöse Process den Oberlappen nicht überschritten hat, ist complete Heilung möglich; ist dies aber geschehen, so ist immerhin noch eine lange Protrahirung der Erkrankung mit Stillständen von kürzerer oder längerer Dauer möglich, eine complete Heilung tritt jedoch nicht mehr ein.

Die Larynx- und Darmtuberculose kann nach Ansicht des Verf. heilen, auch wenn der Process in den Lungen vorwärts schreitet.

Mit Rücksicht auf die 4 Fälle von geheilter disseminirter Tuberculose stimmt Heitler gegen die absolute Tödlichkeit der Miliartuberculose: tritt diese Krankheit mehr lentescirend, subacut auf, so ist Heilung wohl möglich, während allerdings die acuteste Form derselben nach den bisherigen Erfahrungen als absolut letal bezeichnet werden muss.

Zum Schlusse zieht Verfasser die Combination der Tuberculose und speciell der geheilten Tuberculose mit den verschiedenen Krankheitsprocessen in Betracht und kommt zu der Anschauung, dass die unter dem Eindrucke der Krasenlehre aufgestellten Ausschliessungssätze von Tuberculose mit anderen Krankheiten grösstentheils auf Irrthum beruhen; nach seiner Ansicht richtet sich die Häufigkeit der Coincidenz der Tuberculose mit den verschiedenen Krankheiten nach



der Häufigkeitsscala dieser Letzteren; insbesondere dürfte dieses für geheilte Phthise gelten; die Individuen, in welchen die Tuberculose erloschen ist, sind als normale anzusehen, bei denen sich verschiedene Krankheiten, wie bei gesunden je nach ihrer Häufigkeit etabliren.

Für die häufige Coincidenz von Lebercirrhose und Tuberculose glaubt V. einen causalen Zusammenhang annehmen zu müssen, da grade diese Combination so oft auftritt und in den Fällen, wo geheilte Lungentuberculose und Lebercirrhose combinirt vorkommen, tuberculöse Affectionen in anderen Organen relativ häufig sind.

Ein sistirender Einfluss gewisser Krankheiten auf die Entwicklung der Tuberculose, wie er früher angenommen wurde, liess sich nicht beweisen. Hilgers.

---

12. **Garnier, Sur une épistaxis rebelle liée à une cirrhose du foie.** Ueber eine hartnäckige Epistaxis bei Cirrhosis hepatis. (L'Union méd. Nr. 111. 1880.)

Bei einem robusten Manne mit Epistaxis wurde Alles versucht ohne dauernden Erfolg. Bei genauerer Untersuchung wurde Cirrhosis hepatis gefunden; es wurde ein grosser Vesicator in der Lebergegend applicirt, worauf die Epistaxis stand. Roux.

---

13. **Dr. Louis Habel u. Dr. Johann Fernholz, Neue Methode der quantitativen Analyse der Chloride im Harne, nebst Beiträgen zur Chemie des Quecksilbers.** (Archiv f. d. ges. Physiologie XXIII. Heft 3 u. 4. p. 85—126.)

Durch sorgfältige Controlanalysen wird gezeigt, dass von allen bekannten Methoden zur Bestimmung der Chloride im Harn nur die von Feder-Voit und Salkowsky angegebene, vorsichtige Verbrennung unter Zusatz von kohlensaurem Natron, exacte Resultate gibt. Diese Methode ist aber sehr zeitraubend und kaum in weniger als 6 Stunden ausführbar. — Die Bemühungen, sie durch eine handlichere und dabei eben so genaue Procedur zu ersetzen, führten zur Ermittlung folgender Methode des Titrirens mit salpetersaurem Silberoxyd in stark saurer Harnbarytmischung: „Man misst sich 15 ccm der Harnbarytmischung ab, säuert dieselbe nach der Neutralisation mit 10 Tropfen verdünnter Salpetersäure (vom spec. Gew. 1,119) an und setzt so lange von der Silberlösung (1 ccm = 0,01 grm Kochsalz) hinzu, als man die Entstehung des Niederschlags von Chlorsilber bemerken kann, hierauf filtrirt man eine kleine Portion in ein Reagensgläschen ab und prüft, ob durch Zusatz von 1—2 Tropfen der Silberlösung eine Trübung entsteht; ist diese stark, so giesst man das Ganze ins Becherglas zurück, setzt 0,1 ccm der Silberlösung zu und prüft von Neuem bis die durch 2 Tropfen Silberlösung erzeugte Trübung nicht mehr besonders stark ist; hierauf filtrirt man in ein 2. Reagensgläschen eine eben so grosse Portion ab, versetzt sie mit 2 Tropfen einer 1 %igen Kochsalzlösung. Ist die Trübung eben so stark wie durch 2 Tropfen der Silberlösung, so hat man den richtigen Punkt getroffen."

Nach diesem Verfahren ist der Kochsalzgehalt des Harns vollkommen genau in ½ bis 1 Stunde zu ermitteln.

N. Zuntz.

---



14. **A. Bornträger, Ueber rechtsdrehende zuckerfreie Harne.** (Arch. der Pharmacie 1880 S. 293.)

B. hatte Gelegenheit, zwei Harne zu untersuchen, die den polarisirten Lichtstrahl deutlich rechts drehten, ohne dass diese Drehung durch Zuckergehalt verursacht war. Die Harne stammten von zwei, in einer Entwöhnungskur begriffenen Morphiophagen her, denen vor 3 resp. 8 Tagen zum letzten Mal Morphium gegeben worden war. Der Harn war in beiden Fällen normal gefärbt, die Rotationen betrugen +0,4 und +0,6°, sie verschwanden nach Zusatz von Bleiessig sofort, waren also nicht durch Zuckergehalt der untersuchten Harne zu erklären. Auch die Trommer'sche Reaction, mit der von Seegen angegebenen Modification ausgeführt, fiel hinsichtlich einer Anwesenheit von Zucker negativ aus. Verf. vermuthet, dass ein Gehalt an Gallensäuren (beide Harne waren in den letzten Tagen vor der Untersuchung durch Gallenfarbstoff gefärbt gewesen) die Rechtsdrehung bedingt habe. Schulz.

---

15. **Hewetson, Vergiftung mit Kampheröl.** (Arch. der Pharmacie 1880. S. 305. Aus: l'Union pharmaceutique 1880. S. 180.)

Ein Mädchen von 25 Jahren hatte, im Glauben, Ricinusöl zu nehmen, 30 Gramm Kampheröl verschluckt. Das Krankheitsbild hatte sich im Laufe von 6 Stunden so gestaltet: Irrereden, Erbrechen, starrer wilder Blick, Nichtkennen der nächsten Angehörigen, Klagen über Frost, Klappern der Zähne und Uebelkeit. Die Respiration war erschwert, der Puls 110, stark und voll, die Extremitäten fühlten sich nicht kalt an. H. gab ein ex tempore bereitetes Brechmittel, eine gute Dosis Senf in heissem Wasser. Der Erfolg war sehr energisch, jedoch waren dieses die letzten Erbrechungen. Nach 3½ Stunden war das Bewusstsein zurückgekehrt, die Besserung nahm stetig zu.

Schulz.

---

16. **Dr. Arthur Jaenicke, Ein Beitrag zur Wirkung des Resorcin.** (Bresl. ärztl. Zeitschr. 1880. Nr. 20.)

In Folge von Lichtheims Angaben wurden auf der Breslauer medic. Klinik Versuche mit Resorcin als Antipyreticum gemacht.

Während das Mittel bei Gesunden eine Temperaturerniedrigung nicht bewirkt, geschieht dies bei fiebernden Menschen regelmässig.

Man gab im Durchschnitt 5 grm. in stündlichen Dosen von 1 grm. oder eine erste Dosis von 2 grm. mit nachfolgendem 1 grm. stündlich. Die Temperatur fiel rasch, stieg aber nach 2—4 Stunden meist unter Frost zur alten Höhe. Je stärker der Abfall, desto sicherer das Ansteigen unter Frosterscheinungen, oft weit über die frühere Höhe. Es wurden bei 4 Pneumonien nur 11 Typhen gegeben, doch nie länger fortgesetzt, weil man einen üblen Einfluss auf den Verlauf der Krankheit fürchtete.

Wie bei Carbolsäure wurde jedesmal der Harn schwarzbraun, völlig undurchsichtig, ohne Hämoglobingehalt, mit Phenolreaction. Die Erscheinungen bei Resorcin gleichen überhaupt der von Küster an Hunden bei Carbolsäurevergiftung gefundenen.



Bei acutem Rheumatismus wurde kein Einfluss des Resorcin auf die Gelenkaffection bemerkt, ebensowenig bei einem Diabetiker auf die Zuckerausscheidung.

Sonach scheint das Resorcin zu den empfehlenswerthen Antipyreticis nicht zu gehören. R.

---

17. **F. Williams, Ueber die Ursache der Blutdrucksteigerung bei der Digitalinwirkung.** (Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie. XIII. S. 1.)

Nach einer Reihe von Versuchen, mit Digitalin und dem diesem pharmakodynamisch gleichwerthigen Helleboreïn am ausgeschnittenen Froschherzen angestellt, gelangte Williams zu dem Resultat, dass die Steigerung des Blutdrucks, welche die Digitalinwirkung bedingt, höchstwahrscheinlich nicht dadurch zu Stande kommt, dass die Stoffe der Digitalingruppe auf die Gefässe verengend einwirken, sondern dass die Blutdrucksteigerung ausschliesslich die Folge der durch das Digitalin veränderten Elasticitätszustände des Herzmuskels ist. Die Anordnung etc. der Versuche muss im Original nachgesehen werden.

Schulz.

---

18. **W. Podwyssotzki, Pharmakologische Studien über Podophyllum peltatum.** (Arch. für experim. Pathol. u. Pharmak. XIII. S. 29.)

Aus dem Rhizom von Podophyllum peltatum sowie aus dem käuflichen Podophyllin stellte Podwyssotzki dar:

1. Podophyllotoxin, eine farblose, nur schwierig krystallisirende Substanz, wenig in Wasser, leicht in Spiritus löslich, von enorm bitterem Geschmack und in alkoholischer Lösung ganz schwach sauer reagirend. Die Wirkung dieses Körpers fand P. sehr intensiv, 1—5 mgr genügten, eine Katze zu tödten.

2. Pikropodophyllin und Podophyllinsäure, beide wurden aus dem Podophyllotoxin sowie auch aus Rhizoma Podophylli und käuflichem Podophyllin erhalten. Das Pikropodophyllin ist krystallinisch, chemisch indifferent, in Wasser unlöslich und wirksam, die Podophyllinsäure löst sich in heissem Wasser leicht und reagirt stark sauer. Beide Körper vereinigt bilden vermuthlich das Podophyllotoxin.

3. Erhielt P. noch einige andere, unwirksame Nebenprodukte, Quercetin, Oel etc. aus dem Rhizom und dem käuflichen Präparat.

Das Pikropodophyllin äussert, per os applicirt, bei Menschen und Thieren die charakteristischen emetokathartischen Wirkungen des Podophyllin, seine Wirkung wird durch die Schwerlöslichkeit sehr erschwert, zur Tödtung einer Katze waren, wenn das Präparat in süssem Oel gelöst applicirt wurde, 3 cgr erforderlich. Die Podophyllinsäure zeigte auf Thiere gar keine Einwirkung mehr.

Verf. zieht aus seinen Resultaten den Schluss, dass als der eigentlich wirksame Bestandtheil des Podophyllin das Podophyllotoxin anzusehen ist, welches unter passender Behandlung sich in die bereits unter 2. angeführten Körper spaltet.

Schulz.

---



**19. T. P. White, Ueber die Wirkungen des Zinns auf den thierischen Organismus.** (Arch. für experim. Pathol. und Pharmakol. XIII. S. 53.)

White stellte an Fröschen, Kaninchen und Hunden Versuche an über die Einwirkung des Zinns auf den thierischen Organismus. Als Zinnpräparate benutzte er das essigsaure Zinntriäthyl sowie das weinsaure Zinnoxydul-Natrium. Beide zeigten in gleicher Weise ihren Einfluss auf den Tractus intestinalis und auf das centrale Nervensystem.

Der Verdauungscanal wurde namentlich bei Hunden stark afficirt, es zeigten sich nach Zinneinfuhr Uebelkeit, Erbrechen, Appetitlosigkeit, Durst, profuse Durchfälle, letztere jedoch nie blutig, zuweilen heftige Kolikanfälle. Bei der Sektion wurde der Darm sehr hyperämisch, mit bräunlicher, niemals mit blutiger Flüssigkeit gefüllt angetroffen, Magen und Duodenum schwer catarrhalisch afficirt. Icterus wurde nie beobachtet.

Das Rückenmark wird vom Zinn gelähmt, die Lähmung manifestirt sich durch allgemeine Schwäche der Bewegungen, namentlich der hinteren Extremitäten, sowie in bedeutender Herabsetzung der Reflexerregbarkeit. Nach nicht zu starken Dosen bilden sich diese Erscheinungen unter Umständen wieder zurück, einmal, bei einem Kaninchen, traten die Lähmungserscheinungen, welche bereits völlig verschwunden waren, nach einigen Tagen wieder auf und endeten letal.

Die elektrische Erregbarkeit der Skelettmuskel zeigt sich bei Fröschen nach längerer Zinneinwirkung herabgesetzt, für die Warmblüter liess sich ein gleiches Verhalten nicht sicher konstatiren.

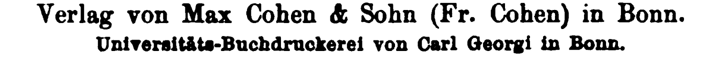
Neben der Lähmung des Rückenmarks fand W. durch das Zinn auch eine Reizung gewisser Nervencentren zu Stande kommen, als deren Ausdruck er die namentlich bei Kaninchen beobachtete Erregung des Sensoriums, das krampfhafte Muskelzittern, welches bis zu Convulsionen heranwachsen kann, sowie die Respirationsstörung ansieht. Die Athmung wird nämlich immer frequenter, schliesslich dyspnoëtisch und der Tod tritt, unter zunehmender Lähmung des Rückenmarks durch Suffocation ein.

Der Puls zeigte sich meist voll und gespannt, erst mit herannahendem Ende sank seine Kraft und Frequenz bedeutend herab. Direct lähmende Einwirkung auf das Herz wurde nicht konstatirt.

Der Harn war während der Versuchsdauer quantitativ bedeutend vermindert, er zeigte hohes specifisches Gewicht und enthielt oft Eiweiss und Blasenepithel. Das Metall liess sich konstant etwa 4—5 Tage hindurch im Harn nachweisen.

Hinsichtlich der Gesammtwirkung gelangt W. zu dem Schluss, dass, wenigstens in gewissen Beziehungen, das Zinn dem Blei am nächsten stehe, ein Schutz gegen das Zustandekommen einer chronischen Zinnvergiftung sei wahrscheinlich dadurch gegeben, dass das Zinn bei Einführung in Form seiner Salze von den Schleimhäuten aus nicht ins Blut resorbirt werde.

Schulz.



Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.



Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen nebst Titel und Register.

# Centralblatt
für
# KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigirt von

**Dr. H. Rühle,** Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

**Dr. D. Finkler,** Privatdocent und Assistent an der medicin. Klinik in Bonn.

**1880. 13. November. Nro. 34.**

**Inhalt.** Referate: 1. **Tappeiner**, Experimentelle therapeutische Beiträge zur Inhalations-Tuberkulose der Hunde. — 2. **Laboulbène**, Éruption vaccinale généralisée. — 3. **Slingenberg**, Een ongewoon verschynsel by de koepokinenting. — 4. **Rutgers**, Eene anamnestische Contraindicatie tegen de Vaccinatie. — 5. **Heller**, Epidemische Orchitis. — 6. **Lehmann**, Die chronischen Neurosen als klinische Objekte in Oeynhausen. — 7. **Schmidt**, Die Kehlkopfschwindsucht und ihre Behandlung. — 8. **Schreiber**, Zur Symptomatologie der Mediastinaltumoren. — 9. **Cash**, Ueber den Antheil des Magens und des Pancreas an der Verdauung des Fettes. — 10. **Brown** u. **Heron**, Ueber die hydrolitischen Wirkungen des Pancreas und des Dünndarms. — 11. **Schmidt**, Ueber das specifische Gewicht der Leber und Milz. — 12. **Fürbringer**, Notiz zur Kenntniss der Albuminurie bei gesunden Nieren. — 13. **Billroth**, Ueber Lithotripsie — ammoniakalische Harngährung — und Vergiftungen mit chlorsaurem Kali. — 14. **Scheiber**, Ein Fall von mikroskopisch kleinen Rundwürmern — Rhabditis genitalis — im Urin einer Kranken. — 15. **Vaida**, Ueber eine neuere Behandlungsweise der Urethral-Blennorrhoe beim Manne. — 16. **Guérin**, Note sur le traitement de la diarrhée infantile par le charbon en poudre mêlé au lac du biberon. — 17. **Guttmann**, Heilmittel gegen Diphtheritis. — 18. **Ludwig** u. **Mauthner**, Zum Nachweise der Blausäure bei gerichtlich-chemischen Untersuchungen.

1. **Dr. Tappeiner, Experimentelle therapeutische Beiträge zur Inhalations-Tuberkulose der Hunde.** (Berl. klin. Wochenschr. 1880. Nr. 39.)

Es wurden 6 Hunde, mit 0, 1, 2, 3, 4, 5 bezeichnet, zum Versuch genommen. 1 und 2 mit Natr. benzoic., 3 mit Carbolsäure 8 Tage vor den Inhalationen beginnend bis zum Tode fortgesetzt gefüttert, und zwar täglich 10 gr Natr. benz. in Wasser mit Polenta verkocht, 0,18 reine Carbolsäure in Pillen. Schon nach 5 Tagen waren die Benzoehunde sehr betäubt und frassen nicht mehr, die Dosis wurde auf täglich 5 gr ermässigt, die Thiere blieben leidend. Der Carbolhund frass wie gewöhnlich. Vom 8. Tage ab Inhalation von täglich 6 gr mit Wasser verriebener tuberkulöser Sputa für jeden Hund; die Hunde 0, 4, 5 inhalirten ohne medikamentöse Einwirkung. Die Inhalationen wurden 14 Tage fortgesetzt; schon am 7. Tage starb der Benzoehund 2. Es fand sich nichts in den Organen von Tuberkel, die Incubationszeit war noch nicht verstrichen, sie beträgt für Hunde 29 Tage. Am 26. Tage nach Beginn der Inhalation starb der Benzoehund 1; es fand sich



deutliche, doch nicht sehr zahlreiche Tuberkulose beider Lungen. Gastroenteritis, wie auch bei Hund 2.

Am 28. Tage wird der Controlhund 5 getödtet: starke Infektion beider Lungen.

Am 32. Tage Tödtung des Carbolhundes 3: sehr starke Infektion beider Lungen.

Controlhund 0 wurde vom 34. Tage ab mit Natr. benz. 2,5 täglich gefüttert, am 12. Tage nach begonnener Fütterung starb derselbe und zeigte starke Infektion beider Lungen.

Controlhund 4 war im 2. Monat nach den Inhalationen etwas kränkelnd, erholte sich aber wieder und wurde noch weiter aufbewahrt.

Es entstand also auch diesmal, wie Dr. T. dies schon 1877 zuerst bewiesen hatte, tuberkulöse Infektion durch die Inhalation phthisischer Sputa, eine Behinderung derselben durch Einverleibung mit Natr. benz. oder Carbolsäure wurde aber nicht erzielt.

R.

---

2. **Laboulbène, Eruption vaccinale généralisée.** Allgemeine Eruption nach Impfung. (L'Union méd. Nr. 123. 1880.)

Bei der Besprechung über allgemeine Eruption nach Impfung theilt L. folgenden Fall mit. Ein gesundes Kind von 18 Monaten wurde geimpft. Nicht allein an der Impfstelle, sondern auch am Kopfe, am Stamme und an den Extremitäten traten Pusteln auf, welche letztere wirkliche Pocken waren, wie sich aus späteren Impfungen mit deren Inhalt erwies.

L. resumirt:

1) Dass es geboten scheint, Individuen, welche schon an einer, sei es epidermischen, dermischen oder eczematösen Erkrankung leiden, mit Vorsicht zu impfen.

2) Dass die Impfung der Mutter Chancen bietet für das Freibleiben des Kindes.

3) Dass es gut ist, Schwangere bei Epidemien zu impfen.

Roux.

---

3. **Dr. B. Slingenberg, Een ongewoon verschynsel by de koepokinenting.** Eine ungewohnte Erscheinung bei der Impfung. (Nederl. Tijdschr. voor Geneeskunde. Nr. 32. 1880.)

Ein junges Kind von fast einem Jahr mit chronischem Eczem wurde mit animaler Lymphe geimpft. Es entstanden vier grosse Pocken, welche aufgekratzt wurden wegen des Juckens. Einige Zeit später entstanden auf dem Oberarm noch zwei ächte Pockenpusteln. Nach einigen Tagen traten an den meisten eczematösen Stellen dicht neben einander stehende, confluente Pocken mit Fieber auf. Auf früher gesunden Stellen, an Bauch und Brust kleine, zerstreute Pocken. S. erklärt die Eruption durch Kratzen, Reiben und Selbstinfektion. Die Entstehung von Pocken auf gesunder Haut zeigt mit mehr Gewissheit eine Infektion auf konstitutionellem Wege.

Roux.

---



4. **Dr. J. Rutgers, Eene anamnestische Contraindicatie tegen de Vaccinatie.** Eine anamnestische Contraindication gegen die Impfung. (Nederl. Tijdschr. voor Geneeskunde. Nr. 32. 1880.)

Der Fall betrifft ein gesundes Kind von 5 Jahren, welches früher an Pemphigus gelitten hatte. Bei der Impfung recidivirte die Krankheit mit schweren Allgemein-Erscheinungen. An den geimpften Stellen (beide Oberarme) war die Eruption am stärksten prononcirt. Bei zwei andern Kindern, welche nicht geimpft waren, recidivirte der Pemphigus nicht. Gegen Verbot des Arztes wurde doch geimpft und zwar aus dem Arm des vorhergehenden. Es entstanden analoge Erscheinungen, aber mässiger, je mehr Zeit zwischen der ursprünglichen Eruption und der Impfung verstrichen.

Man würde also nach R. erst nach 10—12 Wochen impfen dürfen bei einem Kinde, das an Pemphigus gelitten hat.

Roux.

---

5. **Dr. Heller,** Oberstabsarzt, Danzig, **Epidemische Orchitis.** (Berl. klin. Wochenschr. 1880. Nr. 38.)

Im 1. Quartal 1876 wurden im Danziger Garnisonlazareth 26 Fälle von Orchitis behandelt, die von denen nach Gonorrhoe ebenso wie von denen nach Contusion verschieden waren; gleichzeitig herrschte eine Mucepsepidemie unter den Soldaten. Mit Parotitis gleichzeitig waren 2, nach Parotitis 8 der obigen Fälle aufgetreten.

14 Mal war der linke, 12 Mal der rechte, 2 Mal beide Hoden, beidemal der zweite erst nach Besserung des ersten erkrankt.

Plötzlich entstand im vorher gesunden Hoden Schmerz, Schwellung aufs doppelte Volumen oder darüber, bei normaler Consistenz, Druckschmerz und nicht selten Fiebererscheinungen (einigemal bis 40° C.). Nach 4—5 Tagen schwindet bei ziemlich indifferenter Behandlung der Schmerz, nach weiteren 4—5 Tagen die Schwellung vollständig. Harnbeschwerden hatte keiner weder vorher noch während der Orchitis.

Auf Folgezustände konnten nur 10 Mann geprüft werden, davon boten 5 eine mässige, bei 3 druckempfindliche, Atrophie des erkrankt gewesenen Hodens dar.

R.

---

6. **L. Lehmann, Die chronischen Neurosen als klinische Objekte in Oeynhausen.** (Bonn, 1880.)

L. gibt zunächst eine summarische Uebersicht aller Fälle, welche während 25 Jahren in seine badeärztliche Behandlung gekommen sind. Unter diesen figuriren die chronischen Neurosen mit 29,8 %, 2111 von 7063 Fällen. Er theilt dieselben in 5 Gruppen.

Gruppe I umfasst die Gehirnkrankheiten mit 235 Fällen. Gute Erfolge wurden beobachtet bei Zuständen von habituellen aktiven Congestionen, ausgenommen in den Fällen, wo dieselben bei Menschen mit reizbarem Temperament und hypochondrischer Stimmung sich fanden. Passive, auf Cirkulationsstörungen in entfernten Theilen, besonders in abdomine, beruhende Congestivzustände fanden bei dem Gebrauch der Bäder von O. verbunden mit der Darreichung von abführenden Brunnen



Besserung in Fällen von mässiger allgemeiner Widerstandskraft und nicht zu starker Fettleibigkeit; das Lebensalter machte keinen Unterschied. Anlangend die apoplektischen Zustände, so tritt L. der vielfach verbreiteten Ansicht entgegen, dass während des Curgebrauchs in O. bei dazu disponirten Personen Schlaganfälle leicht einträten resp. recidivirten, vorausgesetzt dass keine organischen Erkrankungen des Herzens und der Gefässe bestehen. L. will unterschieden wissen zwischen Apoplexien bei paralytischem und solchen bei spastischem Allgemeinzustand der Gefässe und empfiehlt die Kur in O. für Erstere. Bei den nach Schlaganfällen zurückgebliebenen Lähmungen, Contrakturen etc. ist der Erfolg ein um so besserer, je frischer der Fall ist und je weniger die psychischen Funktionen mit alterirt sind. Gute Wirkung wird ferner konstatirt bei Hemiplegien, die auf syphilitischer Erkrankung des Gehirns beruhen; natürlich muss eine antisyphilitische Cur vorhergehen. Die nach akuten und Infektionskrankheiten zurückgebliebenen Gehirnerkrankungen, Hemiparesen, Hemiplegieen etc. etc. erfuhren entschiedene Besserung in allen nicht zu alten und ausgedehnten Fällen. Endlich wurde auch zuweilen bei Hydrocephalus durch den Gebrauch der Bäder ein gutes Resultat erzielt.

II. Gruppe. Krankheiten des Rückenmarks und seiner knöchernen und häutigen Hüllen. 815 Fälle. Ausgezeichnete Wirkung entfalteten die Bäder von O. in allen Stadien der Entzündung des knöchernen Theils der Wirbelsäule, vom Beginn als Periostitis an bis zur ausgesprochenen Wirbelcaries; ferner bei den nach Rhachitis und Osteomalacie zurückbleibenden Defigurationen der Wirbelsäule und ihren Folgezuständen. Weniger gut sind die Resultate bei Spinalirritation. Das weitaus grösste Contingent der Rückenmarkskranken liefern für O. die chronisch entzündlichen Zustände der Rückenmarkshäute sowie des Marks selbst. L. unterscheidet beide in der Weise, dass er bei vorwiegenden Alterationen in der sensiblen Sphäre Spinal-Meningitis, bei hauptsächlich motorischen Störungen Myelitis annimmt, gibt aber zu, dass eine scharfe Trennung beider Zustände nur äusserst selten möglich ist. Ferner theilt er die hierhergehörigen Erkrankungsformen in zwei Klassen; die erste umfasst alle die chronischen Krankheiten, in welchen die Rückenmarksfunktionen mehr oder weniger gestört, aber niemals gänzlich aufgehoben sind, die zweite diejenigen, bei welchen die Rückenmarksfunktionen unterhalb der erkrankten Stelle ganz vernichtet sind. Die erste Klasse wird hauptsächlich durch die unter dem Bilde der Tabes zusammengefassten Symptomenkomplexe vertreten; das Beobachtungsmaterial L.'s umfasst 665 Fälle. Kein Erfolg wurde beobachtet in allen den Fällen, wo schon Erkrankungen der Sehnerven eingetreten waren, ebenso wenig bei der sog. Tabes dolorosa, derjenigen Form, wo heftige, excentrische rheumatoide Schmerzen das hervorstechendste Krankheitssymptom bilden; zuweilen wurde nach dem Aufhören der Badecur eine Herabminderung der Schmerzen sowie ein Seltenerwerden der Anfälle konstatirt. Schlecht waren ferner die Resultate, wo neben den Rückenmarkssymptomen bedeutende Abmagerung, Schwund der Muskeln und des Fettes bestand (Tabes dystrophica), ebenso wie auch in den Fällen von sog. spastischer Spinalparalyse (Erb). In den übrigen Formen der Tabes waren die Erfolge



günstig, zuweilen ausgezeichnet. In der zweiten Klasse der Rückenmarkserkrankungen, denjenigen, wo unterhalb der afficirten Stelle die Funktionen gänzlich aufgehoben waren, wurde meist eine gute Wirkung der Bäder beobachtet. Bei Apoplexien des Rückenmarks war der Erfolg null, bei Lähmungen nach Traumen ziemlich gut, aber nur bei sehr langer Dauer der Kur. Spinale Erkrankungen nach akuten und Infektionskrankheiten kamen wenig zur Beobachtung; das Resultat der Kur war in einigen Fällen ein gutes. Gleiches gilt von den luetischen Erkrankungen des Rückenmarks nach vorausgegangener oder gleichzeitiger antisyphilitischer Behandlung. Muskelatrophieen peripheren Ursprungs (Neuritis ascendens) zeigten sich der balneotherapeutischen Behandlung zugänglicher, als solche centralen Ursprungs und die nach rheumatischer Myositis zurückgebliebenen. Sehr gerühmt wird endlich die Wirkung der Bäder O.'s gegen die essentielle Kinderlähmung; selbst in ganz veralteten Fällen wurde noch eine nicht unerhebliche Besserung in der Bewegungsfähigkeit der gelähmten Partien beobachtet.

III. Gruppe. Besondere Lähmungen sui generis. 380 Fälle. Gute Erfolge wurden gesehen bei hysterischen Lähmungen, seniler Blasenlähmung und in einigen nicht mit psychischen Alterationen komplicirten Fällen von Impotentia virilis; keine bei Paralysis agitans. Am Schluss dieses Abschnittes bespricht L. noch eine Reihe seltenerer Lähmungsformen, bezüglich derer auf das Original verwiesen werden muss.

IV. Gruppe. Krankheiten der Nerven. (Neuralgien und Krämpfe.) 563 Fälle. Besserung wurde erzielt in einigen Fällen von Chorea, nicht lange bestehendem Schreibkrampf, hysterischen Krämpfen, Krampf in den Waden und andern Muskeln. Von Neuralgien waren es besonders die auf vasoparalytischer Grundlage beruhenden Formen der Prosopalgie und Migräne, bei denen eine gute Wirkung der Bäder gesehen wurde; ein Gleiches gilt von dem unter dem Namen der Arthralgia beschriebenen und besonders bei jungen Mädchen beobachteten nervösen Gelenkleiden.

V. Gruppe. Psychosen. 118 Fälle. Zur Kur in O. eignen sich die beginnenden Psychosen mit dem Charakter der Gemüthsverstimmung und Melancholie, sowie hysterische Verstimmungen. Besonders gerühmt werden die Resultate bei Convalescenz von psychischen Krankheiten. Brockhaus (Godesberg).

---

7. **Dr. Moritz Schmidt** (Frankfurt a. M.), **Die Kehlkopfschwindsucht und ihre Behandlung.** (Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. XXVI H. 3 u. 4 p. 325.)

In der Einleitung wird die Ansicht bekämpft, dass Schwindsucht und speciell die Kehlkopfschwindsucht nicht heilen könne. Zu letzterer rechnet S. „alle die entzündlichen oder geschwürigen Processe, welche ihrem Wesen nach auf gleicher Stufe mit der Lungenschwindsucht stehen (R. Meyer) und fast immer mit ihr gemeinschaftlich vorkommen (Pélan)“; Anämie, Atonie der Stimmbänder, Lähmung des N. recurrens durch Processe in der Lungenspitze seien für die Krankheit nicht characteristisch. Vorkommen: fast ausnahmslos secundär,



am häufigsten in den Jahren von 20—40, äusserst selten bei Kindern unter 12, Männer stark prädisponirt. Auffallende Prädilection für die linke Seite. Am gewöhnlichsten afficirt die Hinterwand, dann die Stimmbänder, dann beide zusammen, weit seltener die Epiglottis und der ganze Kehlkopf, sehr selten einfache Chorditis ohne Ulcera, Aetiologische Momente: schädliche Einflüsse der äusseren Luft, Rauchen, Trinken etc. Ansteckung nicht beobachtet, beim Zusammenschlafen wirken andere Ursachen, wie Verunreinigung der Luft durch Nachtschweisse u. A. m. Erblichkeit nur in $^1/_{10}$ (Brehmer) bis $^1/_6$ (Lebert) der Fälle.

Subjective Symptome: Heiserkeit in Folge von Formveränderung oder Schlussunfähigkeit der Stimmbänder aus den verschiedensten Ursachen. Hustenreiz, besonders heftig bei Erkrankung der Epiglottis und bei Abscessbildung, nicht selten gesteigert bis zum Erbrechen. Schluckweh bedingt durch Affection der Hinterwand und (am schlimmsten) der Epiglottis. S. hat beim Schlucken nie den Kehldeckel auf die Larynxöffnung herunterklappen gesehen; vielmehr fixire die beim Schlingact gehobene Zunge die obere und mittlere Partie der Epiglottis nach oben, während die Mm. aryepiglottici die seitlichen Ränder einrollten und den Petiolus auf die geschlossenen Taschenbänder drückten — „röhrenförmiges Zusammenfalten des Kehldeckels." Speisen und Flüssigkeiten gleiten daher gewöhnlich durch die fossae naviculares seitlich an Epiglottis und Ringknorpel entlang. Fehlt der Kehldeckel, so vermitteln die Taschenbänder allein den Verschluss. Der Schluckschmerz wird hervorgerufen durch das Zusammenfalten des entzündeten Kehldeckels. Stärkere Blutungen kommen wohl nicht vor, jedoch Blutstreifen im Sputum. Schwerathmigkeit in Folge von Verengerung der Glottis ist nicht selten. Das sog. acute Oedem des Larynx hat S. als Folge von Phthisis nie, eine Larynxfistel einmal beobachtet.

Spiegelbefund. Blässe der Schleimhaut, die jedoch auch bei Anämie stets gefunden wird. Als einfachste Form wird bezeichnet die Chorditis — die entzündliche totale Schwellung eines, bisweilen beider Stimmbänder. Die Stimmbänder nehmen im Gegensatz zur katarrhalischen Röthung eine mehr walzenförmige Gestalt an. Erfolgt keine Rückbildung, so entstehen Ulcera durch Aufbrechen von Abscessen, durch Usur seitens des gesunden Stimmbandes oder durch andere Ursachen. Die Störung der Phonation ist oft auffallend gering. Eine 2. Form bilden die flachen Geschwüre, characterisirt durch Ausbreitung in die Fläche und scharfen Rand mit wulstförmiger Einfassung und durch speckigen, weisslich-gelben Grund. Vorkommen fast überall im Kehlkopf, selten in der Trachea. Oedematöse Schwellung häufig, jedoch nicht so hochgradig, wie bei der 3. Form — bei den tiefen Geschwüren, deren Hauptsitz die Hinterwand, die Taschen- und Stimmbänder. „Sie sind kraterförmig, mit stark granulirenden Rändern, greifen in die Tiefe und machen frühzeitig circumscriptes Oedem", versetzen leicht das Perichondrium in Reizung, wodurch der Aryknorpel frühzeitig verknöchert, und Perichondritis resp. Periostitis entsteht. Durch Ausstossung des Knorpels kann Heilung mit Fixirung des Stimmbandes eintreten. — Wie die der Spiegelung



unzugänglicheren Geschwüre beider Formen aus gewissen Symptomen zu erkennen oder zu vermuthen sind, darüber gibt das Original genauere Anhaltspunkte. — Die (nach Heinze tuberculöse) Infiltration begleitet beide Geschwürsarten. S. hat sie öfters heilen gesehen. Es ist unrichtig, stets „die Schwellungen als Zeichen vorhandener Perichondritis ansehen zu wollen.“ Sie kommen am häufigsten (vorwiegend einseitig) an der Hinterwand vor, seltener am Taschenband und an der Epiglottis. — Meist sind mehrere oder alle der genannten Erscheinungen vereinigt. Perichondritis des Ring- oder Schildknorpels, die übrigens nicht häufig ist, bleibt leicht undiagnosticirt; primär oder als einzige Form hat S. sie nie beobachtet. Das Vorkommen sichtbarer Miliartuberkel hält S., wie fast alle Autoren, für selten. Im Falle der Heilung wird der gelbliche Geschwürsgrund „roth sammetartig, wie mit kleinen Granulationen bedeckt“; unter sehr allmählichem Erblassen kann die Stelle anscheinend ganz normal werden, oder es kommt bei grösseren Substanzverlusten zu einer Verkrümmung und Fixirung des Stimmbandes. An Geschwüren der Hinterwand lässt sich, wenn sie nicht durch Infiltration ganz verdeckt sind, höchstens ein Kleiner- und Rundlicherwerden der zackigen Granulationen und Verschwinden des speckigen Grundes beobachten. Nach Heilung des Geschwürs können polypenähnliche Granulome zurückbleiben. Dass diese ein Noli me tangere seien (Waldenburg), kann S. nicht bestätigen.

Die Diagnose bietet, wo Lungenphthise besteht, im Allgemeinen keine Schwierigkeiten; ist diese nicht deutlich nachzuweisen, dann entscheiden die allgemeinen Symptome, die Farbe der Schleimhaut und der Verlauf. Am schwierigsten ist die Entscheidung zwischen syphilitischen und phthisischen Geschwüren. Wenn die Anamnese keine Anhaltspunkte gibt, und doch Verdacht auf Lues besteht, so gibt S. 8—14 Tage 2—4 gr Jodkali pro die. Handelt es sich um Lues, so zeigt sich die heilende Wirkung meist schon nach 8 Tagen. Die Schleimhaut ist bei Syphilis fast immer geröthet, bei Phthisis meist blass. Für erstere sprechen ferner Intactheit der Lungen und Schwellung der Nackendrüsen. Die localen Affectionen sind in beiden Krankheiten ziemlich die gleichen. — Katarrhalische Geschwüre, die nur auf den Stimmbändern vorkommen, „sind flacher und haben verwachsenere Ränder“ als phthisische, aphthöse zeigen einen weisseren Grund und kommen gleichzeitig im Rachen oder Mund vor. Die katarrhalische Chorditis ist der phthisischen sehr ähnlich; Lungenbefund und Verlauf bestimmen hier die Diagnose. Beginnendes Stimmbandcarcinom kann auch ebenso aussehen, in welchem Falle Alter und Verlauf entscheiden.

Prognose und Verlauf. Im Allgemeinen hat der Gang der Lungenkrankheit Einfluss auf die Kehlkopfschwindsucht, jedoch nicht constant; ferner die Constitution (vielleicht die Kraft des Herzens), nicht zum wenigsten aber Einsicht und Willenskraft des Patienten. Absolut schlechte Prognose stellt S. nur den Epiglottis-Affectionen und den Geschwüren während der Schwangerschaft. Directer Tod durch Erstickung ist sehr selten, indirect führen die Schluckbeschwerden und der quälende Hustenreiz zum Tode durch Beeinträchtigung der Er-



nährung und des Schlafes. Selbst bei zeitweiliger Heilung ist die Prognose nicht günstig wegen der häufigen Recidive. Was die Stimmstörung anlangt, so kommt selbst bei starken narbigen Schrumpfungen manchmal eine auffallende Wiederherstellung des Aussehens der Stimmbänder und der Function vor.

Die Behandlung zerfällt in die Behandlung der Lungenschwindsucht und in die der Kehlkopf-Geschwüre. In ersterer Hinsicht gibt S. der Anstaltsbehandlung unter genauer Aufsicht vor der freieren Kurortsbehandlung den Vorzug. Grosse Trockenheit ist für Larynxphthise nachtheilig, Kälte für solche, die durch die Nase athmen können, nicht schädlich. Bei Patienten, die keinen geeigneten Kurort aufsuchen können, empfiehlt S. 1) Sorge für möglichst reine Luft, 2) Hautcultur durch starke Waschungen und nachheriges Frottiren, 3) Methodische Lungengymnastik, 4) Milch- und Leberthrankuren, wenn der Magen grössere Quantitäten vertragen kann, 5) möglichst gute, gemischte Nahrung. Gegen Hustenreiz wendet S. nur bei Larynxphthise Medicamente an, bei Lungenphthise dagegen möglichst wenig, um die Expectoration der Secrete nicht zu hindern. Bei Kehlkopfschwindsucht ist in schwereren Fällen das Sprechen, in allen Fällen aber das Rauchen und der Aufenthalt in Rauch oder sonst unreiner Luft, der Genuss scharfer, heisser und harter Speisen zu verbieten, breiige oder gallertige Nahrung zu empfehlen. Der Unsitte der Halseinwickelungen ist entgegenzuwirken. Klimatisch am günstigsten sind die staubfreien Plätze (Venedig, See-, Nilreisen). Aus diesen Massregeln ergibt sich auch die Prophylaxis. S.'s medicamentöse Behandlung fusst auf der Desinfection: Monate bis Jahre lang fortgesetzte Inhalationen von Carbolsäure mit Camillenthee — bei blasser torpider Schleimhaut, von Perubalsam (Benzoesäure) mit Wasser — bei mehr gerötheter Schleimhaut. Für die Ausführung dieser Inhalationen werden praktische Rathschläge ertheilt. Bei Anschwellung der Epiglottis wurde mit Inhalationen nicht viel erreicht; gegen diese scheint die Einträufelung von Creosotglycerin wirksamer zu sein. Der Gebrauch von Pinseln oder Schwämmchen ist wegen der Berührung nachtheilig. Sind die Schwellungen bedeutend, so sind grosse Scarificationen indicirt, die zur Resorption des Infiltrates führen. Zu diesem Zwecke hat S. eigene Instrumente construirt, welche er ebenso wie die Ausführung der Operation näher beschreibt. Die infiltrirte Hinterwand wird ganz durchschnitten. Heilt der Schnitt zu rasch, so muss er öfters wiederholt werden. An der Epiglottis kann man keine so tiefen Ein-, resp. Durchschnitte machen, und diese sind schmerzhafter und heilen langsamer. Wichtig ist es, die Schnitte gross und frühzeitig anzulegen. In recidivirenden oder durch den Lungenprocess an der Heilung gehinderten Fällen sind die Narcotica, besonders Morphium örtlich oder subcutan am Platze; ebenso wirken die Adstringentien nur lindernd, nicht heilend.

Stintzing (München).

---



8. **Dr. A. Schreiber, Zur Symptomatologie der Mediastinaltumoren.** Aus dem med. klin. Institut zu München. (Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. XXVII H. 1 u. 2 p. 52.)

Verf. glaubt aus vier Fällen von Mediastinaltumoren, die genauer mitgetheilt werden, neue Anhaltspunkte für die Diagnose dieser Erkrankung gewonnen zu haben und gibt an der Hand dieser Beobachtungen und der Mittheilungen aus der Litteratur eine ausführliche Schilderung des Symptomencomplexes. Im Allgemeinen stimmt er mit der Angabe von Hertz überein, dass die Erscheinungen abhängig seien von der Grösse der Neubildung und der Schnelligkeit ihres Wachsthums von ihrem Sitz und dem Druck, den sie auf die Nachbarorgane ausüben. Eine der ersten Klagen ist die Athemnoth, die sich bis zur Dyspnoe, ja Orthopnoe steigern kann. Daneben besteht häufig ein lebhafter dumpfer, in andern Fällen brennender oder stechender Schmerz, Schlaflosigkeit, meist bedingt durch die Athembeschwerden, Abnahme des Appetits, Abmagerung. Unter S.'s Beobachtungen bestand zweimal (wohl in Folge der complicirenden Pleuritis) Fieber ohne bestimmten Typus, der fieberlose Verlauf ist jedoch der gewöhnliche. Eine Hauptbeschwerde in des Vf.'s Fällen war ferner der quälende trockene Husten mit schleimigem oder schleimig-eitrigem, bisweilen auch sanguinolentem Sputum. Die Stimme ist nicht selten unverändert, oft aber schwach, flüsternd, heiser und aphonisch durch Lähmung eines oder beider Stimmbänder in Folge von Affection des Recurrens; auch Glottisödem und Trachealstenose kommt vereinzelt vor. Schlingbeschwerden, Singultus, Erbrechen werden entweder durch Compression des Vagus (Skoda) oder durch Druck auf den Oesophagus hervorgerufen. Characteristisch ist ferner ein gedunsenes, graugelbliches Aussehen, ängstlicher Gesichtsausdruck, leichter Exophthalmus, Asymmetrie und träge Reaction der Pupillen, Cyanose durch Compression der grösseren Venen, Oedem der oberen Körperpartien, starke Venennetze am Rumpf (vicariirende Blutbahnen). Die Oedeme treten meist einseitig auf (bei normaler Harnbeschaffenheit) und führen leicht zu elephantiastischer Verdickung der betreffenden Körpertheile. Etwa vorhandene Strumen können durch Metastasen erheblich vergrössert sein. Der Tumor ist unter Umständen im Jugulum palpabel. Der Thorax ist nicht selten einseitig erweitert oder an einer circumscripten Stelle vorgewölbt, die respiratorische Excursion beider Hälften kann ungleich sein. Fast immer findet sich ein Dämpfungsbezirk in der vorderen Brustgegend, besonders unter dem Manubrium sterni, mit unregelmässig gebogener Begrenzung und aufgehobenem Pectoralfremitus. Bei Lageveränderungen erfolgt kaum eine Verschiebung der Dämpfungsgrenzen. Das Athmungsgeräusch ist über dem Tumor meist abgeschwächt, in der Umgebung zuweilen verschärft. Herztöne oft nur dumpf und schwach hörbar, Spitzenstoss fehlt oder ist verdrängt, auch Palpitationen wurden beobachtet. Puls fast stets sehr klein und frequent. Gewisse Formen, namentlich das Lymphosarcom, verrathen sich durch multiple Drüsenanschwellungen, besonders — wie in einem Fall des Verf.'s — in der Pectoral-, Supra- und Infraclavicular-Gegend. Vereinzelt erfolgt auch ein Durchbruch des Thorax mit Zerstörung des Sternum und der Rippen. In diesem Fall oder bei hochgradiger Ve-



nenstauung können die Mammae bedeutend vergrössert erscheinen. Der Druck auf die Nerven bewirkt bisweilen Sensibilitätsstörungen (Ameisenkriechen, Neuralgien), sowie Lähmungszustände in den Armen. Hervorgehoben wird endlich als charakteristisch das von Vf. in einem Fall beobachtete Gefühl von Feststehen der Potain'schen Canüle, während das negative Ergebniss einer Punction auch bei exsudativer Pleuritis mit Schwartenbildung oder sulzigem Exsudat vorkommen könne.

Differentialdiagnose. Für Pericarditis würde sprechen: das bei dieser Affection selten fehlende Fieber, die charakteristische Dämpfungsfigur mit regelmässigen Seitengrenzen, das meist secundäre Auftreten (nach Gelenkrheumatismus, Morb. Bright. etc.), Undeutlichkeit oder Fehlen der Herztöne und des Spitzenstosses, ev. Reibegeräusche. Zum Beweise für die Schwierigkeit der Differentialdiagnose werden ein von Bauer beschriebener und ein kürzlich beobachteter Fall von Pericarditis und Pleuritis angeführt, bei denen verschiedene Momente den Verdacht auf Mediastinaltumor erweckt hatten. — Bei Aortenaneurysmen, die so gross sind oder so weit nach vorne liegen, dass sie eine Dämpfung unter dem Sternum bedingen; werden die geringe Resistenz und die fühl- oder sichtbare Pulsation im Dämpfungsbezirk, die bestehenden Geräusche, die Verspätung des Pulses und die Doppeltöne in peripheren Arterien die Diagnose sichern, die jedoch auf Schwierigkeiten stösst bei weiter rückwärts gelegenen Tumoren. Verwechselung mit pleuritischem Exsudat ist häufig, wiewohl man sich nicht leicht zur Annahme eines vorne oben abgekapselten Exsudates verstehen wird. Die Probepunction mit einer etwas grösseren Wood-schen Spitze ist hier von Bedeutung. Infiltrationen der Lungenränder würden sich durch ihre auscultatorischen Zeichen manifestiren. Mediastinitis und Mediastinalabscesse sind meist auf bestimmte Ursachen (Traumen etc.) zurückzuführen und gehen stets mit Fieber und lebhaften Schmerzen einher. Sehr schwierig aber ist die Entscheidung „in den complicirten Fällen, in denen pleuritische, pericardiale, abdominelle Ergüsse, Thrombosen grosser Gefässe, Geschwulstmetastasen in den inneren Organen das Krankheitsbild beeinflussen."

Die ziemlich trostlose Therapie hat sich zu beschränken auf Hautreize, Ableitungen, Abführmittel, Roborantia, Excitantia, Narcotica, vorsichtiges Schröpfen und Entleerung etwaiger Pleuraergüsse, die in S.'s Fällen das Allgemeinbefinden wesentlich hob. Ein operativer Eingriff könnte nur bei einer vom Sternum, von den Rippen oder vom Struma ausgehenden Neubildung in Betracht kommen.

Stintzing (München).

---

9. **Dr. Th. Cash, Ueber den Antheil des Magens und des Pancreas an der Verdauung des Fettes.** (du Bois-Reymond's Arch. f. Physiologie. 1880. S. 322—333.)

Nach Fütterung von Hunden mit Fett und Gemischen von Fett und Stärke wurde der Inhalt des Dünndarms regelmässig sauer gefunden; dem entsprechend enthielt derselbe kein emulgirtes Fett, während die milchweissen Chylusgefässe solches in normaler Weise führten. Die Fettmassen des Dünndarms enthielten reichlich freie Fettsäuren

und emulgirten sich dem entsprechend sofort in Berührung mit Sodalösung. Nach Unterbindung der Ausführungsgänge des Pancreas dauert die Fettresorption an. — Es ergab sich nun weiter, dass dem Magensafte und zwar sowohl dem abgesonderten Secrete als auch dem durch Extraction der Schleimhaut mit verdünnter Salzsäure oder mit Glycerin gewonnenen Safte die Fähigkeit zukommt, neutrale Fette zu spalten und sie so für die Emulsion und Resorption vorzubereiten.

N. Zuntz.

---

10. **Horace T. Brown & John Heron, Ueber die hydrolytischen Wirkungen des Pancreas und des Dünndarms.** (Liebig's Annal. der Chemie. Bd. 204, H. 2, p. 228—251.)

Verff. bestätigen die Entdeckung von Mering u. Musculus, dass bei Einwirkung des pancreatischen Ferments auf Stärke wesentlich Maltose, neben geringen Mengen von Dextrose und Achroodextrin gebildet wird. Weiterhin machen sie die interessante Beobachtung, dass dem Gewebe des Dünndarms, in sehr geringem Grade auch seinem wässerigen Auszuge, die Fähigkeit zukommt, Maltose in Dextrose zu verwandeln, sowie Rohrzucker zu invertiren. Die Fermentwirkung des Pancreas, Bildung von Maltose aus Stärke, kommt dem Darmparenchym nur in sehr geringem Maasse zu. Am wirksamsten erwiesen sich die Abschnitte des Dünndarms, welche Peyer'sche Drüsenhaufen enthalten. — Bei der Verdauung der Stärke scheinen sich Pancreas und Darmschleimhaut in der Weise zu ergänzen, dass das Secret des ersteren Maltose bildet, welche dann durch das Ferment der Schleimhaut in Dextrose übergeführt wird.

N. Zuntz.

---

11. **Schmidt, Ueber das specifische Gewicht der Leber und Milz.** (Virch. Arch. Bd. LXXXII. S. 1.)

Verf. untersuchte das specifische Gewicht von Leber und Milz in allen Lebensaltern und unter zahlreichen pathologischen Bedingungen. Er fand dasselbe höher im jugendlichen als im Greisen-Alter. Beim Erwachsenen beträgt es im Durchschnitt 1,056. Die amyloiden und cirrhotischen Lebern, bei denen man ihrer Consistenz wegen ein höheres specifisches Gewicht erwarten sollte, erreichen nicht das Durchschnittsgewicht der normalen, nur die beginnende Cirrhose bedingt ein grösseres spec. Gewicht. Das höhere spec. Gewicht der jugendlichen Lebern ist Verf. geneigt zurückzuführen auf die gesteigerten Ansprüche an die Funktion, woraus sich die Abnahme desselben im Alter und bei degenerativen Vorgängen erklären würde.

Ribbert.

---

12. **P. Fürbringer, Notiz zur Kenntniss der Albuminurie bei gesunden Nieren.** (Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. XXVII, H. 1 u. 2 p. 184.)

In einer Abhandlung „Zur Frage des Vorkommens der Albuminurie bei gesunden Menschen" (Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. XXVI. Refer. in diesem Centralblatt Nr. 24 [1]) wirft Runeberg dem Verf. vor, er habe in seiner Arbeit „Zur Kenntniss der Albuminurie bei gesunden Nieren" (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. I. Refer. in dies. Centralbl. Nr. 9) „ganz ohne zwingende Ursache" zur Hypothese gegriffen, indem er dem Nerveneinfluss eine directe Wirkung auf die Permeabilität der Membran ohne Vermittelung der Circulation zuschreibe. Dem gegenüber erklärt Verf., er sei nur „zu der Anschauung gelangt, dass die von Runeberg als Bedingung für den Eiweissübertritt geltend gemachte Druckabnahme im Bereich der Glomerulischlingen für gewisse Fälle wenigstens als Ursache des Auftretens der Albuminurie nicht genügen kann." Vielmehr läge es nahe, in den Fällen von intermittirender Albuminurie, in denen doch Veränderungen zu Grunde liegen müssten, die eines schnellen Ausgleichs fähig wären, „die Existenz schwankender Contractionszustände der Gefässschlingen anzunehmen in der Weise, dass zur Zeit der Albuminausscheidung eine Dilatation der Gefässwand mit Abnahme des Filtrationsdrucks coincidirt." Diese Anschauung stehe im Einklang mit der physiologisch postulirten und erwiesenen Annahme besonderer, dem Gefässtonus vorstehenden localen Nervencentren. Stintzing (München).

---

13. **Billroth, Ueber Lithotripsie — ammoniakalische Harngährung — und Vergiftungen mit chlorsaurem Kali.** Vortrag in der Sitzung der k. k. Ges. d. Aerzte am 22. October. (Orig.-Ber. d. Wien. med. Blätt. Nr. 44.)

Während man früher bei Lithotripsien (Thompson) nur wenige Minuten lang innerhalb der Blase operiren zu dürfen glaubte, wird jetzt der Idee Bigelow's ernste Beachtung zuerkannt, nach welcher der Stein in einer Sitzung entfernt werden soll (in 1 Fall Dauer der Sitzung 2 Stunden). Erschwerende Momente für die Operation liegen in der Cysto-Pyelitis oder Cystitis und der mechanischen Irritation der schon erkrankten Blase durch Steinfragmente. Nach solchen Zuständen war bei der Operation in mehreren Sitzungen die Wiederholung der Lithotripsie ohne Chloroform kaum möglich. Für die Operation in einer Sitzung gibt es gewisse Hauptbedingungen, welche hier noch mehr, als für die früheren Lithotripsien nothwendig sind. Nicht der Eiterbildung in der Blase, Auflockerung der Schleimhaut und Blutungen wird die Hauptgefahr zuerkannt, sondern dem starken Ammoniakgehalt des Harns, dem diphtheritisch-septischen Charakter, welcher in solchen Blasen bei der Entzündung gewöhnlich auftritt.

---

1) Daselbst lies in den ersten Zeilen 2 mal statt Circulationserkrankungen „Circulationsschwankungen".



Stricker fand, dass Ammoniak das einzige Mittel sei, künstlich Croup zu erzeugen, Menzel klärte den Streit über die Giftigkeit des Harns für Wunden dadurch auf, dass er nachwies: saurer Urin sei für die Gewebe unschädlich, alkalischer Harn sei gefährlich; unter verschiedenen Verhältnissen kann er sehr leicht alkalisch werden (Zersetzung) und im alkalischen Harn sei es Ammoniak, welches die Gefahr bedingt.

Um deshalb Ammoniak wegzuschaffen und den Harn sauer zu machen, reicht theils das Trinken grosser Wassermengen aus, theils bedient man sich gewisser Säuren. Bei der Einfuhr von Salz — Salpeter-, Phosphor- und Benzoesäure wird alkalischer Harn erst neutral, dann sauer (Billroth). Aber der Eintritt der sauren Reaction kann sich auf lange Zeit (3—4 Wochen) verschieben. „Der Grund dieser Erscheinung mag wohl der sein, dass eine Menge von Coccuscolonien in irgend einem Herde festsitzen, wie dies ja bei den Steinen mit rauher Oberfläche leicht möglich ist.“ Da in den Spalten und Rissen vieler Steine massenhaft Micrococcen sitzen, so kann durch Zertrümmerung eine Masse von Ferment frei werden, welches den Ammoniakgehalt des Harns bedingt. Dann macht der Gebrauch von Säuren den Harn klar, aber absolut klar wird er selten. Es bleibt lange eine geringe Trübung, als deren Grund B. Bacterien erkennt, die sich wohl in Falten und Nestern in Blase und Nierenbecken so lange halten müssen.

Nach Beobachtungen von Edleffsen lässt sich durch Einfuhr von Terpentin, Copaivabalsam und Kali chloricum saure Reaction des Harns herstellen. In einem Falle nach 6 bis 8 günstigen Erfahrungen hatte B. einen Todesfall durch Kali chlor. zu beklagen. Die Tagesdosis war: 5,0. Die Reaction des Harns war sauer geworden, derselbe war ziemlich klar. Es wurde deshalb die Lithotripsie vorgenommen. Bald darauf bekam Pat. heftigen Harndrang, der Harn wurde eigenthümlich rothbraun. Pat. starb, Erbrechen und Sopor war nicht eingetreten, aber die Beschaffenheit des Blutes (schmutzig-braune Farbe) liess auf die Wahrscheinlichkeit der Vergiftung mit Kali chloricum schliessen. Die Dosis des Kali chloricum wird deshalb auf etwa 2—3,0 pro die zu reduciren sein. Finkler.

---

14. **Scheiber, Ein Fall von mikroskopisch kleinen Rundwürmern — Rhabditis genitalis — im Urin einer Kranken.** (Virch. Arch. Bd. LXXXII. S. 161.)

Bei einer 35jährigen, unreinlich gehaltenen Ungarin waren Erscheinungen von Pleuropneumonie, akutem Gastrointestinalkatarrh, Pyelitis und Nephritis vorhanden. Letztere Diagnose wurde auf Grund eines dunkelgelbbraunen, trüben, eiweisshaltigen, mit Eiterkörperchen und Epithelien verschiedenster Abstammung versehenen Urins gestellt. In dem Bodensatz desselben fanden sich aber daneben massenhafte Rundwürmer von folgenden Eigenschaften. Der Körper ist 0,54—1,32 mm lang, drehrund, mehr oder weniger spindelförmig. Die Mundöffnung liegt gewöhnlich am breiteren Körperende, an dieselbe schliesst sich



Oesophagus, Chylusdarm und Mastdarm an. Die grössten Würmer sind weibliche, die Vulva liegt in der Mitte des Körpers und nach vorne und hinten an der anschliessenden quer zum Körper verlaufenden Vagina ist der Eierstock gelagert, der gewöhnlich 1—3 ovale Eier enthält. Die Männchen sind kleiner, plumper, die jüngeren tragen hinten einen flossenförmigen Anhang, die älteren statt desselben haarförmige Gebilde. Die kleineren der im Urin vorhandenen Thiere waren gewöhnlich todt und lang ausgestreckt, die grösseren lebend und zum Theil in lebhafter Bewegung.

Wie diese Thiere in den Urin gelangten, blieb anfangs räthselhaft. Durch Untersuchung des Kothes wurde aber festgestellt, dass sie nicht aus dem Darm stammten. Als aber die Genitalien der Kranken mehrmals mit Wasser täglich ausgewaschen wurden, schwanden die Würmer, zum Beweis, dass sie in jenen ihren Aufenthalt hatten, und nicht dem Urin etwa schon in der Niere beigemengt wurden.

Die anatomische Untersuchung der Würmer stellt fest, dass sie zur Gattung Rhabditis gehören. Wie sie aber in die Genitalien der Frau gelangt waren und ob sie nur zufällige oder echte Schmarotzerthiere sind, konnte nicht entschieden werden. Einstweilen schlägt Verf. für sie den Namen Rhabditis genitalis vor.

**Ribbert.**

---

15. **Dr. Vaida, Ueber eine neuere Behandlungsweise der Urethral-Blennorrhoe beim Manne.** (Wiener med. Presse. Nr. 39, 41 und 42.)

Diese Behandlungsweise besteht der Hauptsache nach in Anwendung längere Zeit hindurch auszuführender Irrigationen der Urethral-Schleimhaut bei gleichzeitiger Entleerung des flüssigen pathologischen Inhaltes der Urethra und der damit zusammenhängenden Drüsen durch periodisch wiederkehrenden negativen Druck. Zu diesem Zweck hat V. einen kleinen Apparat konstruirt, in Betreff dessen Zusammensetzung und Handhabung wir auf die durch eine Abbildung verständlicher gemachte Beschreibung in der Original-Arbeit verweisen müssen.

Die Vortheile dieser Behandlungsweise sind nach V.:

1) Dass sie einen gewissen Einfluss auf die Fluxionsverhältnisse in der Urethra ermöglicht. (Dadurch Herabsetzung der mit der vermehrten Blutzufuhr zusammenhängenden erhöhten Temperatur, Linderung der durch Fluxion bedingten Schmerzen und Einschränkung der Sekretion, soweit sie von der Fluxion abhängig ist.)

2) Die Entfernung des infektiösen Sekretes unter den hierzu möglichst günstigen Umständen und in dem Maasse, als es gebildet wird.

3) Ist es ein Vortheil, dass sie eine Einwirkung auf den erkrankten Theil in beliebiger Extensität gestattet und

4) eine Regulirung der Intensität der medikamentösen Einwirkung zulässt.

5) Dass diese Behandlungsmethode durch beliebig lange Zeit bequem, in wachem, wie in schlafendem Zustande des Patienten ausgeführt werden kann.



In Folgendem führt V. die Nachtheile des neuen Verfahrens an, vergleicht dieselben mit denen der bisher üblichen Heilverfahren und zieht sodann auf Grund der erwähnten Vor- und Nachtheile eine für seine Behandlungsweise günstige Bilanz.

Zum Schluss theilt V., indem er den Einfluss auf die verschiedenen Formen der Urethral-Blennorrhoe besonders bespricht, die bisher (bei 70 Kranken) erzielten Resultate mit.

Ungar.

---

16. **Jules Guérin, Note sur le traitement de la diarrhée infantile par le charbon en poudre mêlé au lac du biberon.** Beitrag zur Behandlung der Kinderdiarrhoeen durch Zufügen gepulverter Kohle zu der Milch in der Saugflasche. (L'Union méd. Nr. 118. 1880.)

Hierzu wird das Belloc'sche Kohlenpulver oder die feingestossene Kohle, ein halber Kaffelöffel pro Saugflasche angewandt. Es mischt sich sehr gut mit der Milch und wird sehr gut genommen. In kurzer Zeit ändern die Stühle Consistenz und Geruch und werden statt grün schwärzlichgelb gefärbt.

Zu gleicher Zeit wird die Milch mit 1/3 oder 1/2 Zuckerwasser verdünnt. Die Resultate sollen sehr gute sein.

Roux.

---

17. **Dr. Georg Guttmann,** Constadt (Oberschlesien), **Heilmittel gegen Diphtheritis.** (Berl. klin. Wochenschr. 1880. Nr. 40.)

Dr. G. versuchte im April 1879 Pilocarpin innerlich gegen Diphtheritis bei 7 z. Th. heftigen Erkrankungen in derselben Familie, die alle in 2—4 Tagen dabei genasen; man sah die „Pseudomembranen" in dem reichlich auslaufenden Speichel schwimmen. Seitdem behandelte Dr. G. 66 Fälle von Rachenbräune, 15 schwere, 33 mittelschwere, 18 leichte. Alle Fälle gingen in 1—3 Tagen in Genesung über, nur 2 von den 15 schweren bedurften 9 und 11 Tage.

Dr. G. verordnete bei Kindern je nach dem Alter: Pilocarp. muriat. 0,02—0,04, Pepsini 0,6—0,8, Acid. hydrochlor. gutt. jj Aq. destill. 80,0 stündlich einen Theelöffel.

Bei Erwachsenen: Pilocarp. mur. 0,03—0,05, Pepsini 2,0, Acid. hydrochlor. gutt. jjj Aq. destill. 240,0 stündlich einen Esslöffel.

Das Pepsin wird zugesetzt, um die etwa verschluckten diphtheritischen Stücke im Magen unschädlich zu machen.

Dazu wird folgendes Regime vorgeschrieben: unmittelbar nach der Arznei wird die gleiche Quantität Ungarwein gegeben, die Medikation Tag und Nacht fortgesetzt, 3 Mal in 24 Stunden erneute Priessnitz'sche Einwickelung des Halses gemacht, alle 2 Stunden kleine Portionen Milch oder Suppe gereicht, und recht oft kleine Mengen Eiswasser resp. kleine Eisstückchen zu schlucken gegeben.

Die so günstige Einwirkung sucht Dr. G. in dem Speichelstrom, mit welchem die diphtheritischen Produkte erweicht, gelöst und fortgeschwemmt werden.



**Nach Abfassung obiger Mittheilung behandelte Dr. G. weitere 15 Fälle, darunter 7 schwere mit Heilung in 2—5 Tagen.**

**Auch bei Croup und „Laryngitis stridula“ sah Dr. G. günstigen Erfolg.** R.

---

18. **Prof. E. Ludwig** und **Dr. J. Mauthner, Zum Nachweise der Blausäure bei gerichtlich-chemischen Untersuchungen.** (Wiener medicin. Blätter 1880 No. 44.)

Verf. machen darauf aufmerksam, dass das Vorhandensein von Blausäure (nachgewiesen durch Ansäuren des Untersuchungsobjectes mit Weinsäure, Destillation, Befund der Blausäure im Destillate durch Berlinerblau- und Rhodanreaction) nur dann für die Gegenwart der Blausäure oder eines giftigen Metallcyanides im Untersuchungsobject beweist, wenn man die Gegenwart von gelbem Blutlaugensalz ausgeschlossen hat, welches die Wirkung der giftigen Cyanide nicht besitzt. Die Vorprüfung auf gelbes Blutlaugensalz ist deshalb unbedingt nothwendig. Sie theilen einen Fall (Briefträger Hittmann) mit, wo in den drei zu Gebote stehenden Untersuchungsobjecten: Mageninhalt, Liqueurrest einer Flasche und Lösung eines Restes aus dem Trinkglas nach dem Ansäuren sowohl durch Eisenchlorid ein intensiv blauer Niederschlag von Berlinerblau, als durch Kupfervitriol die characteristische rothbraune Fällung von Ferrocyankupfer stattfand.

Nach diesem Befunde wurde der Nachweis der Blausäure so modificirt, wie es die Gegenwart von gelbem Blutlaugensalz erheischt. Die Füssigkeiten wurden schwach angesäuert, mit Eisenchlorid vorsichtig ausgefällt, nach Absetzen des entstandenen Berlinerblaus filtrirt und das Filtrat unter Zusatz von Weinsäure destillirt. Dabei stellte sich heraus, dass Mageninhalt und Liqueur Destillate lieferten, welche deutlich nach Blausäure rochen und die characteristischen Reactionen der Blausäure deutlich gaben. Das Destillat aus dem Trinkglasinhalt zeigte nicht die leiseste Spur von Blausäure. Das Cyankalium war durch die lange Berührung mit feuchter Luft zersetzt worden, und hatte kohlensaures Kalium zurückgelassen. Wäre die Abscheidung der Ferrocyanverbindungen vor der Destillation nicht erfolgt, so wäre aus dem Trinkglasinhalt bei der Destillation Blausäure erhalten worden, und aus dieser auf die Gegenwart von Cyankalium geschlossen worden, welches thatsächlich nicht mehr vorhanden war, und die quantitative Bestimmung wäre zu hoch ausgefallen.

Finkler.

---

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.





Erscheint wöchentlich.
Jeder Jahrgang umfasst
52 Bogen nebst Titel
und Register.

# Centralblatt
für
# KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M.,
zu beziehen durch alle
Buchhandlungen und
Postanstalten.

Redigirt von

**Dr. H. Rühle,** und **Dr. D. Finkler,**
Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn. Privatdocent und Assistent an der medicin. Klinik in Bonn.

**1880. 20. November. Nro. 35.**

**Inhalt.** Original: **Finkler**, Ausspülung der Pleurahöhle unter Ablesung des Drucks. — Referate: 1. **Lassar**, Ueber die Folgen wiederholter Transfusionen. — 2. **Luchkau**, Ueber Ohren- u. Augenerkrankungen bei Febris recurrens. — 3. **Erb**, Ein Fall von Tumor in der vorderen Centralwindung des Grosshirns. — 4. **Jarisch**, Ueber die Coincidenz von Erkrankungen der Haut und der grauen Achse des Rückenmarks. — 5. **Franz**, Ueber künstliche Athmung. — 6. **Stokvis**, Eene eenvoudige proef met betrekking tot het aandeel der klapoleezen aan het verwekken der harttonen. — 7. **Heynsius**, Rouanet's proef in eere hersteld. — 8. **Kronecker** u. **Meltzer**, Ueber die Vorgänge beim Schlucken. — 9. **Caspary**, Ueber flüchtige, gutartige Plaques der Zungenschleimhaut. — 10. **Waelle**, Pyonephrose durch Drainage geheilt. — 11. **Kilner**, The Salicylates of Calcium and Bismuth in the Diarrhoea of childern. — 12. **Binz**, Ueber einige neue Wirkungen des Natriumnitrits. — 13. **Binz**, Narkotische Wirkung von Jod, Brom und Chlor. — 14. **Binz**, Aphorismen und Versuche über schlafmachende Stoffe. — 15. **Binz**, Toxikologisches über Jodpräparate.

## Ausspülung der Pleurahöhle unter Ablesung des Drucks.

Von

**Dr. D. Finkler.**

Es hat den Anschein, als verbreite sich schnell die Methode, pleuritische Exsudate und Empyeme durch Punction zu entleeren. Mit Recht erwirbt sich ein solches Vorgehen Beifall. Einestheils lauten die Mittheilungen erfreulich und anregend, welche an verschiedenen Stellen über die günstigen Erfolge eingehen, anderntheils muss jeder ein Anhänger der Methode werden, der durch eigene Prüfung merkt, dass durch einen so kleinen operativen Eingriff wie die Punction hinreichende, oft radicale Hilfe geschafft wird. Ein sehr glücklicher Gedanke war es, der einfachen Punction noch eine Ausspülung nachfolgen zu lassen. Und zwar gilt dies von den beiden Absichten, welche man damit verband. Wenn Baetz und Kaschimura die Ausspülung machten lediglich um antiseptisch zu wirken, so ist das gewiss richtig, denn dass eine Sepsis bei dem eitrigen Erguss in die Pleurahöhle zu Stande kommt, beweist die so häufig dabei gesehene Fieberbewegung und der temperaturerniedrigende Einfluss, den wirklich die Ausspülung mit antiseptischer Flüssigkeit zur Folge hat. Wenn Senator vorzüglich



den Werth der Ausspülung in der Verdünnung des Eiters findet, so ist auch dem nicht zu widersprechen. Ganz entschieden erleichtert die Verdünnung einerseits die Entleerung, anderntheils die Resorption des zurückbleibenden Eiterrestes. Aber am gerathensten scheint es doch wohl alle drei Motive gleichberechtigt für die Anwendung der Ausspülung anzusehen.

Einen besonderen Werth aber scheint die Punction zu erhalten, wenn ihr die Pleurometrie noch beigefügt wird. Diese Zugabe verleiht der Methode sowohl eine Möglichkeit, Anhaltspunkte für die Prognose aus ihr zu gewinnen, und gibt der Ausführung erst die gewünschte Sicherheit; denn sie liefert doch eigentlich das am leichtesten sichtbare Anzeichen von der Stärke des Eingriffs bei der Operation und von den Grenzen dessen, was erlaubt ist den erkrankten Partieen zuzumuthen. Wir haben es deshalb für nöthig gehalten, auch bei der Punction mit nachfolgender Ausspülung die Druckverhältnisse während der Operation genau zu controlliren. Es besteht ja eigentlich diese Operation darin, dass die Entleerung der einmaligen Punction öfters nach einander in gleicher Sitzung wiederholt wird. Man zapft erst soviel Eiter ab, als die Angabe des Manometer zulässt, füllt dann den Raum wieder mit Flüssigkeit an, entleert wieder, füllt wieder an, entleert abermals, bis die Flüssigkeit klar genug den Pleuraraum verlässt. Bei solchen mehrfachen Ausleerungen ist die Messung des Drucks nothwendig, damit man sehen kann, ob man nicht etwa schneller abfliessen lässt, als es der Lunge nachzudringen möglich wird; es kann ein solches Missverhältniss grossen Schaden anrichten. Die Bestimmung des Drucks ist aber auch nöthig, während man in den Pleuraraum hinein die Waschflüssigkeit drängt. Um allen diesen Anforderungen zu gleicher Zeit gerecht zu werden, operiren wir hier in der Weise, dass wir mit dem Entleerungs- und Ausspülapparat ein Manometer in Verbindung setzen an einer Seitenleitung angebracht, durch einen Quetschhahn abschliessbar, sodass jederzeit eine Druckablassung gemacht werden kann. Ursprünglich versuchten wir die ganze Vorrichtung so aufzubauen, dass das Aussaugen des Exsudats durch einen als Heber wirkenden herabhängenden Gummischlauch besorgt wurde (Kaschimura). Aber wir kamen davon bald zurück. Es passirte uns wiederholt, dass Gerinnungen der Eiterflüssigkeit in der Leitung stattfanden, die selbst durch Steigerung des Drucks durch Einleiten der Waschflüssigkeit nicht leicht oder gar nicht verschiebbar gemacht werden konnten, sodass wir uns entschlossen zum Aspiriren eine auspumpbare Flasche (Dieulafoy) zu benutzen. Die Anwendung einer solchen Flasche hat den Vortheil, dass man den negativen Druck, vermittelst dessen die Entleerung statt hat, ganz nach Belieben reguliren, damit die Auslaufgeschwindigkeit beliebig verändern kann, und dass man bei Verstopfung der Kanüle durch Fetzen von Schwarten oder Gerinnsel zur Weiterbewegung derselben einen stärkeren Zug vorübergehend anwenden kann. Danach ist unser Apparat zur Entleerung und Ausspülung pleuritischer Exsudate so zusammengesetzt: An einen Schenkel der in dem Pleuraraum eingestossenen Kanüle ist ein Gummischlauch vermittelst eines eingeschliffenen Metallstöpsels angesetzt; und dieser Gummischlauch führt in die Dieulafoy'sche auspumpbare Flasche. Im Verlauf dieser



Leitung gehen zwei Gummischläuche vermittelst T-förmiger Röhren ab; der eine zu der Flasche, welche das Waschwasser enthält, der zweite zu einem Quecksilbermanometer. Jeder der Schläuche trägt eine Klemmpincette, durch welche er geschlossen werden kann. Der von der Kanüle zur Saugflasche führende Schlauch kann durch einen an der letzteren sitzenden Metallhahn abgeschlossen werden.

Diese Anordnung stellt natürlich ganz etwas anderes dar, als wenn ein Manometer an der Saugflasche angebracht ist. Ein an dieser sitzendes Manometer gestattet nur den negativen Druck in der Flasche zu bestimmen, an dem von uns gewählten Platze gibt das Manometer Aufschluss über den Druck entweder in der Flasche oder in der Pleurahöhle oder in der Leitung während des Zufliessens des Waschwassers, je nachdem die betreffenden Klemmen den einen oder anderen Theil des Apparates abschliessen oder in Verbindung mit dem Manometer setzen.

Mit dieser so zusammengesetzten Vorrichtung haben wir in 5 Fällen den Inhalt des Pleuraraumes entleert und den Raum ausgespült.

Was die Druckverhältnisse angeht, so bestätigten unsere Erfahrungen, was andernorts durch die Pleurometrie schon eruirt worden. Wir berücksichtigten besonders den Anfangsdruck, den Enddruck und den Druck unter welchem der Ausfluss stattfand. Der Anfangsdruck war jedesmal positiv und betrug zuweilen bis zu +20 mm Quecksilber. Während des Auslaufens nahm der Druck allmählich ab und erreichte bis zum Ende Werthe, die zwischen —2 und —7 mm Quecksilber lagen.

Der Druck, unter welchem die Saugflasche auf das Exsudat wirkte, unter welchem die Flüssigkeit sich in der Leitung aus dem Pleuraraum zur Flasche befand, betrug bis zu —20 mm Quecksilber. Dabei habe ich probirt den Druck während des Ablassens noch mehr zu vermindern und bin zuweilen so weit gegangen, dass derselbe —40 mm betrug. Allein so bedeutende Druckverminderung ist zu widerrathen. Jedesmal habe ich danach gesehen, dass die ablaufende Flüssigkeit eine, wenn auch ganz schwach, blutige Färbung erhielt. Unzweifelhaft treten bei solcher Druckverminderung rothe Blutkörperchen aus; das lässt darauf schliessen, dass durch solche Druckverminderung Veränderungen geschaffen werden, welche der späteren Erneuerung des Exsudates Vorschub leisten und seine Beschaffenheit eitriger machen. Da nun bei den verschiedenen Punctionen, wie sich aus der Beobachtung der Pleurometrie ergibt, die Auslaufsgeschwindigkeit kein absolutes Mass für die Druckabnahme gibt, so wird ein wesentlicher Vortheil unserer Methode schon darin zu finden sein, dass die Beobachtung des Drucks gröbere Läsionen der Pleura vermeiden hilft.

Bekanntermassen ist die Menge der Flüssigkeit, welche den Pleuraraum erfüllt, nicht allein massgebend für die Höhe des Drucks, und die Masse der Flüssigkeit welche abfliesst gibt auch nicht allein einen Anhaltspunkt für die Druckabnahme. Gerade deshalb hat die Pleurometrie einen so hervorzuhebenden Vortheil, weil die Abnahme des Drucks erkennen lässt, wann die Operation zu beenden ist. Zwar stimmen die meisten darin überein, dass in einer Sitzung etwa 1500 ccm abgelassen werden können, dass man aber nicht gut thut, mehr



abzulassen. Eine solche Zahlenangabe ist ganz gut für den Fall, dass bei der angegebenen Menge eben noch nicht das Maximum der Druckabnahme erreicht ist, das der Pleuraoberfläche zugemuthet werden kann. Aber ich habe auch gesehen, dass schon nach Entleerung von nicht 1000 ccm der Druck rapide abzunehmen begann und das Abfliessen sistirt werden musste. Solches ist nur am Manometer zu erkennen, in der Geschwindigkeit der abfliessenden Flüssigkeit täuscht man sich ausserordentlich leicht. Dies Alles konnte man sich schon konstruiren aus den Erfahrungen, die Andere über Pleurometrie gemacht hatten. Aber wir merkten bald, dass bei dem Ausspülen des Pleuraraums noch andere Momente dazu kommen, welche dazu auffordern müssen, die Druckverhältnisse zu beobachten: Ich habe wiederholt gesehen, dass nachdem zuerst eine gewisse Masse Exsudat abgelassen worden, und wenn man nun das Waschwasser einfliessen lässt, dass nun ein viel geringeres Quantum eindringender Flüssigkeit dazu führt, den Druck auf die frühere Höhe des Exsudates zu bringen (den Anfangsdruck wiederherzustellen). Es scheint als ob die sich wieder ausdehnende Lunge nicht so leicht in den Zustand zurückgeht, in welchem sie vor der Punction war, oder dass die Verdrängung der Organe nicht wieder unter demselben Druck durch die gleiche Flüssigkeitsmasse sich herstellt. Auch dies ist also nicht an der Masse der wieder einfliessenden Flüssigkeit, sondern wiederum nur am Manometer zu erkennen.

Wenn wir durch Einfliessen des Waschwassers den Druck ungefähr auf den Anfangsdruck gebracht hatten, liessen wir den Patienten bald vornübergeneigt aufsitzen, darauf sich flach hinlegen, um so möglichst ausgedehnt mit der desinficirenden Flüssigkeit die Pleurafläche abzuwaschen, und um tüchtige Mischung des Wassers und des Exsudates zu erreichen. Darauf wurde der Inhalt wieder abgesogen unter demselben Druck wie früher, und dieses Ausspülen so lange fortgesetzt, bis die Flüssigkeit ziemlich klar hervorquoll.

Zu diesen Ausspülungen habe ich stets mehr als 1 Liter, oft mehr als 3 verwandt. Das letzte, was nach wiederholten Verdünnungen im Pleuraraum war, haben wir abgelassen bis zu einem negativen Druck von etwa —5 mm (Enddruck), uns aber stets danach gerichtet: das Aussaugen dann sofort zu unterbrechen, wenn schnelleres Abfallen des Drucks am Manometer abzulesen war.

Seröses Exsudat haben wir einfach abgezapft ohne nachträglich auszuspülen. Aber auch bei dieser Beschaffenheit des Inhaltes war der Apparat vollständig zum Ausspülen fertig hergestellt, der Einstich zur Entleerung bildete dann einfach zugleich die Probepunction. War der Inhalt seröser Natur, so saugten wir mit Beobachtung des Drucks aus, liessen aber keine Flüssigkeit nachfliessen. Aber auch dies mag ja unter Umständen für seröse Exsudate vortheilhafter sein, weil eine Verdünnung des zurückbleibenden Restes die Resorption desselben erleichtern wird.

Man muss aber auf die Nothwendigkeit der Ausspülung gefasst sein, weil ein anderes sicheres Mittel, als die Probepunction, nicht existirt, um über die Beschaffenheit des Exsudates Auskunft zu geben. Wir heben dies ausdrücklich hervor, weil wir ebensowohl Fälle ge-



sehen haben, wo bei frischer Pleuritis hohe Temperatur bestand, das abfliessende Exsudat rein serös war, als auch einen Fall (eine alte Pleuritis), wo die Temperatur stets normal, und das abfliessende Exsudat rein eitriger Art war. Diese letzte Beobachtung verdient besonderer Beachtung. Es bestand hier eine sehr dicke pleuritische Schwarte; der Grund für die Fieberlosigkeit kann nur in der Unmöglichkeit der Resorption bestanden haben. In einem solchen Falle hat man sich aber auch nicht viel zu versprechen von der Resorption eines verdünnten Inhaltes, hier kann nur eine möglichst vollständige Entleerung Heilung bringen; eine solche ist aber nur zu riskiren, solange das Manometer keine zu grosse Schwankungen zeigt; durch wiederholte Ausspülung brachten wir in diesem Falle Heilung zu Stande.

Als Flüssigkeit zum Ausspülen benutzten wir zuerst Lösungen von Thymol, später nur Salicylsäure (1,0 : 1000,0); wir glaubten nämlich in einigen Fällen zu bemerken, dass die Thymollösung mehr zum Husten reizte und sogar schmerzte. Die Flüssigkeit ist natürlich auf Körpertemperatur erwärmt. Zur Verminderung des Hustenreizes, den man zum Theil dem Reiz des Einstiches, zum Theil der Ausdehnung der Lunge, zum Theil vielleicht auch der Aufregung des Patienten während der Operation zuschreiben muss, empfiehlt es sich vorher eine Injektion von Morphium zu machen. Als Einstichstelle des Trocarts benutzten wir den 5. oder 6. Intercostalraum in der vorderen Axillarlinie.

Vom Erfolge der Methode sei als Bestätigung der Erfahrungen Anderer erwähnt, dass in allen Fällen, wo erhöhte Temperatur bestand, dieselbe unmittelbar nach der Entleerung zur Norm sank. Nach 3- bis 4-maliger Wiederholung wurde keine Wiederansammlung mehr gesehen, auf diese Weise also die 4 behandelten Fälle von exsudativer Pleuritis (3 eitrige, 1 seröse) geheilt.

In einem 5. Falle (Pleuritis, die schon seit einem Jahre bestanden) trat einen Tag nach der 2. Ausspülung des eitrigen Inhaltes Pneumothorax ein. Das Ereigniss ist also jedenfalls nicht auf die Methode der Ausspülung zu beziehen. Es bestanden in der Lunge phthisische Veränderungen. Der Kranke ist noch hier; sein Pyopneumothorax wird von Zeit zu Zeit ausgespült, und Patient fühlt sich dabei mindestens nicht schlechter als ein anderer, dessen Pyopneumothorax durch den Schnitt eröffnet worden.

Aus alle dem ergiebt sich: Wenn man darüber einig ist, dass in der Ausspülung mit desinficirender Flüssigkeit eine erfolgreiche Behandlung pleuritischer Ergüsse existirt, dass man dann der beschriebenen Methode Aufmerksamkeit schenken muss, weil sie durch die Combination der schon allein erprobten Art der Pleurometrie mit dem Apparat zur Auswaschung die einzig erwünschten Anhaltspunkte für die Beurtheilung dessen gibt, was während der Operation im Pleuraraum vor sich geht, und weil damit die Sicherheit und der Erfolg der Operation wesentlich gehoben werden.



1. **Lassar, Ueber die Folgen wiederholter Transfusionen.** (du Bois-Reymond's Arch. 1880 p. 447.)

Nach der von Ponfick eingeführten Methode der peritonealen Transfusion kann man Kaninchen und Hunden sehr grosse Mengen defibrinirten Blutes der gleichen Thierart wiederholt einfliessen lassen, ohne dass eine Herzhypertrophie, wie sie in Folge etwaiger Blutdrucksteigerung erwartet werden könnte, eintritt. Dagegen tritt, bei Kaninchen meist nach einigen Tagen, bei Hunden oft erst im Laufe der zweiten Woche, plötzlich Haemoglobin im Urin auf und es folgt dann eine manchmal Monate lang anhaltende Albuminurie von grosser Intensität. Die Eiweissausscheidung ist der Ausdruck einer interstitiellen, zuweilen mit Epitheldegeneration verbundenen Entzündung der Nieren.

N. Zuntz.

---

2. **Luchkau, Ueber Ohren- und Augenerkrankungen bei Febris recurrens.** (Virch. Arch. Bd. LXXXII. S. 18.)

Verf. untersuchte während einer Recurrensepidemie 180 im städtischen Krankenhause zu Königsberg befindliche Patienten genau auf Affektionen der Augen und Ohren. Er konstatirte 15 Erkrankungen des Ohres (8 %) und zwar sämmtlich des Mittelohres, von denen einige durch frühzeitige Behandlung ohne Eiterung heilten, andere bei schon bestehender Eiterung durch Incisionen des Trommelfells und kräftige Ausspülungen behandelt wurden. Man soll die spontane Perforation des Trommelfells nicht abwarten und die Ausspülungen nur mit kräftigen Spritzen und kräftigem Strahl vornehmen. In 14 von den 15 Fällen war nicht der geringste Rachenkatarrh vorhanden, die Otitis konnte also nicht als vom Rachen fortgeleitet betrachtet werden.

An den Augen erkrankten 6 Patienten (3⅓ %), und zwar 3 gegen Ende des Anfalls mit einer einseitigen Iritis, 2 mit Neuritis optica, einer mit doppelseitiger sehr schwerer Irido-cyclitis.

Ribbert.

---

3. **Prof. W. Erb, Ein Fall von Tumor in der vorderen Centralwindung des Grosshirns.** (Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. XXVII. Heft 1 u. 2. p. 175.)

Ein 63jähriger Mann erkrankt plötzlich Nachts an einem Krampfanfall (mit nachbleibender Müdigkeit und Schwäche) im linken Arm. Dieser zeigt sich bei der Aufnahme hochgradig paretisch, linke Hand gedunsen, Finger geröthet. Der Anfall wiederholt sich in zunehmender Frequenz bis zu mehreren Malen des Tags. Zwischen den Anfällen Besserung der Motilität (unter elektrischer Behandlung), allmählich aber Uebergang in fast vollkommene Paralyse. Nie besteht Kopfschmerz. Weiterhin nimmt auch das linke Bein an den Anfällen Theil, und wird ebenfalls allmählich nahezu paralytisch. Die Sensibilität bleibt normal. Nirgends besteht Entartungsreaction. Zuletzt betheiligt sich an den Krämpfen, die stets bei erhaltenem Bewusstsein wiederkehren, spurweise auch die linke Gesichtshälfte. Dazu gesellt sich schliesslich Schwindelgefühl und Kopfschmerz in der rechten Stirnhälfte.



Temperatur unmittelbar nach den Anfällen in der linken Achselhöhle etwas höher, in der Zwischenzeit etwas niedriger wie rechts. Sehnenreflexe links deutlich gesteigert, während der Abdominalreflex links fehlt. Linke Pupille wird deutlich weiter als die rechte. Am linken Fuss entsteht auch allmählich Gedunsenheit und Epidermiswucherung. Erst gegen das Ende wird Stauungspapille gefunden. Unter hinzutretenden Schling- und Sprechbeschwerden, zunehmender Entkräftung und Apathie stirbt der Pat. — Die Diagnose war auf Rindenerkrankung (wahrscheinlich Tumor) der rechten Grosshirnhemisphäre und zwar der Centralwindungen gestellt worden.

Obduction: Carcinoma ventriculi in der regio pylorica und Umgebung. (Für dieses bestanden bei Lebzeiten nicht die leisesten Symptome.) Gehirn: In der rechten Parietalgegend ein wesentlich in der vorderen Centralwindung gelegener Tumor (Carcinom), der in die hintere Centralwindung und die zweite Stirnwindung (Breite $4^1/_2$ : 4 cm) und in die Markstrahlung der Centralwindung (Tiefe 3 cm) hineinreicht. Daneben eine Anzahl gleichartiger kleiner Geschwülste von Stecknadelkopf- bis Kirschkerngrösse, die meisten von letzterer Grösse, 5 in der rechten, 4 in der linken Hemisphäre. Nur die grossen Ganglien, speciell auch die innere Kapsel der Grosshirnhemisphäre intact, sonst in sämmtlichen Bezirken der grossen Hauptgefässe Tumoren. — Die Krebsherde des Gehirns sind jedenfalls als Metastasen des Magenkrebses zu betrachten; auffallender Weise fanden sich sonst nirgends Metastasen. Das Rückenmark zeigte keine Abnormität.

E. führt näher aus, dass die Erscheinungen bei Lebzeiten durch den grossen Tumor in der rechten vorderen Centralwindung bedingt sein mussten, während von den kleinen Geschwülsten keine erheblichen Functionsstörungen herrühren konnten. Trotz der Betheiligung der intracorticalen Markstrahlung war keine Spur von secundärer Degeneration im Rückenmark nachzuweisen. Dass erst ganz spät Kopfschmerz und Stauungspapille auftrat, ist ein Beweis, wie unsicher diese Symptome für die Diagnose von Hirntumoren sind. „Der post mortem gefundene Sitz der Geschwulst im mittleren Drittel und den angrenzenden Theilen des oberen Drittels der vorderen Centralwindung entspricht in der That genau den Voraussetzungen, die man aus den jetzt grossentheils sichergestellten Anschauungen über die Localisation der zu den Extremitäten gehörigen motorischen Rindenabschnitte entwickeln konnte.“ Die Röthe und Gedunsenheit von Hand und Fuss beruhen wohl unzweifelhaft auf vasomotorischer Lähmung; ob die Temperatursteigerung während der Anfälle ebenso oder durch die Muskelcontractionen zu erklären sei, lässt E. unentschieden. Der auffallende Gegensatz zwischen Haut- und Sehnenreflexen, von denen die ersteren, besonders der Abdominalreflex (nach Jastrowitz, Moeli, Rosenbach), auf der gelähmten Seite vermindert, die letzteren gesteigert sein sollen, fand sich auch in diesem Falle und „scheint von gewisser Bedeutung für die Diagnose, indem bei spinalen Lähmungen ein solches Verhalten nicht oder nur unter besonderen Verhältnissen vorzukommen scheint“. Stintzing (München).

---





4. **Dr. A. Jarisch, Ueber die Coincidenz von Erkrankungen der Haut und der grauen Achse des Rückenmarks.** (Vierteljahrsschr. für Dermat. und Syphilis. 1880. 2. u. 3. Heft. S. 195.)

Von dem Gedanken ausgehend, dass viele Erkrankungen der Haut abhängig von krankhaften Vorgängen im Centralnervensystem seien, untersuchte J. das Rückenmark einer Patientin von 61 Jahren, welche am 27. Okt. mit der Diagnose Herpes Iris aufgenommen wurde und nach Auftreten eines akuten Decubitus und Pneumonie am 1. Dec. 1879 gestorben war. Die Erkrankung der Haut begann mit Blasen im Gesichte und an den Armen, verbreitete sich dann hauptsächlich über den Thorax und zwar im Rücken bis zur Höhe des 10. Brustwirbels, vorne bis ungefähr zum Nabel, an den Seiten entsprechend dem Rippenbogen sich erstreckend. Fieber, Eiweiss im Urin. Die Motilität und Sensibilität waren nicht auffällig verändert. Die Hautsymptome waren in der Rückbildung begriffen als die Patientin starb. Die Sektion ergab Morbus Brightii und Lobularpneumonie als Todesursache. Die makroskopische Untersuchung des Rückenmarks wies Krankheitsherde der grauen Achse dar, welche sich mit wechselnder Intensität vom 3. Hals- bis zum 8. Brustwirbel erstreckte, also in einer Ausdehnung, welche der Lokalisation der Hauterkrankung entspricht. Die mikroskopische Untersuchung ergab Veränderungen der Ganglienzellen und der grauen Substanz selbst, ähnlich derjenigen, welche von Stricker und seinen Schülern bei der Entzündung der grauen Substanz beschrieben sind. Diese Veränderungen der grauen Achse fanden sich am intensivsten entwickelt in den centralen, lateralen und hinteren Parthien der Vorderhörner, also dort wo Charcot die sogenannten trophischen Centren für die Haut verlegt hat.

Als vorläufige Mittheilung fügt J. noch hinzu, dass er in drei Fällen von heriditärer und in einem Fall acquirirter Syphilis, bei welchen die sogenannten klinischen Rückenmarkserscheinungen fehlten, die graue Achse des Rückenmarks erkrankt gefunden hat. Auch in einem Falle von Psoriasis vulgaris fand sich die graue Achse des Marks herdweise, theils sklerosirt, theils entzündlich verändert, trotzdem dass Erscheinungen von Seiten des Rückenmarks während des Lebens nicht zu konstatiren waren. Endlich hat die Untersuchung des Rückenmarks einer Kranken, welche an Lupus erythematosus acutus gelitten und an Pneumonie starb, symmetrisch in den centralen lateralen Theilen der Vorderhörner der grauen Achse gelagerte Herde nachgewiesen.

Doutrelepont.

---

5. **Dr. Carl Franz, Ueber künstliche Athmung.** (du Bois-Reymond's Arch. 1880 S. 398—415.)

Zur Prüfung der Einwände, welche Hoppe-Seyler gegen die gültige Theorie der Auslösung der Athembewegungen erhoben hat, untersuchte Franz die Beziehung zwischen der Farbe des arteriellen Blutes und dem Auftreten der Athembewegungen bei vorher apnoischen Kaninchen. Die Apnoë wurde durch Lufteinblasungen oder durch electrische Reizung der Phrenici bei geöffneter Trachea erzielt. In beiden Fällen ging der ersten Athembewegung ein merkliches

Dunkeln der Arterienfarbe voraus, so dass ein verminderter Sauerstoffgehalt des Arterienblutes als Ursache des Athemreizes erscheint.

Versuche durch Reizung der Phrenici beim Menschen Apnoë zu erzeugen, zeigten, dass dies Verfahren der künstlichen Respiration nicht empfehlenswerth ist, weil die Electroden durch die starken Contractionen der Halsmuskeln fortwährend verschoben werden.

Die von Rosenbach gegen Filehne's Theorie des Cheyne-Stokes'schen Athemphänomens ins Feld geführte Beobachtung Leube's, dass künstliche Respiration dnrch Phrenicusreizung die Athempausen nicht verlängere, wird wegen Mangels exacter Zeitmessung und wegen des mangelhaften Effectes der Phrenicusreizung für nicht beweisend erklärt. Versuche an Kaninchen, deren Athmung durch Morphiuminjection in die Ven. jug. periodisch gemacht worden, zeigten, dass durch wirksame Phrenicusreizung die Athempausen beliebig verlängert werden können und erst dann die Athmung wieder beginnt, wenn das Blut der Carotis bis zu einer ganz bestimmten Nuance gedunkelt ist.

N. Zuntz.

---

6. **B. J. Stokvis, Eene eenvoudige proef met betrekking tot het aandeel der klapoleezen aan het verwekken der harttonen.** Ein einfacher Versuch über den Antheil der Klappen an der Erzeugung der Herztöne. (Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. Nr. 40. 1880.)

Der berühmte Versuch von Rouanet wird nicht länger als entscheidender Beweis angesehen für die Richtigkeit der Behauptung, welche die Herztöne und besonders den zweiten Ton der Schliessung der Klappen zuschreibt. Bei diesem Versuch wird Flüssigkeit mit ziemlich grosser Geschwindigkeit in Bewegung gebracht. Hierdurch ist Gelegenheit gegeben zum Entstehen von Flüssigkeitsgeräuschen, selbst zum Entstehen eines kurzdauernden, einem Ton ähnlichen Geräusches, wenn in einem der Nebenäste des Systems elastischer Röhren, worin sich die Flüssigkeit bewegt, plötzlich der Seitendruck und die Stromschnelligkeit erhöht werden. Will man den Klappenverschluss als Ursache der Herztöne erweisen, so müssen diese durch Luft in Bewegung gebracht werden. Hierdurch muss der Ton stärker, kräftiger sein als bei der Bewegung der Flüssigkeit, und als am lebendigen Herzen. Von diesem Raisonnement ausgehend hat Talma (Bijdrage tot de kennis der hart- en arterietonen. Nederl. Tijdsch. v. Geneesk. 1875. II. Afd. S. 1) folgendes Experiment gemacht: Durch die Aorta wird bis in den linken Ventrikel eines frisch ausgeschnittenen Herzens ein Glasrohr gebracht, an dessen Ende ein Kautschuckballon befestigt ist, sodass beim Zusammendrücken des Ballons plötzlich eine grosse Quantität Luft in den Ventrikel gebracht wird, welche die Atrioventrikularklappen zum Schliessen bringen kann. Dasselbe Experiment wird gemacht mit einem Rohre und Ballon in der Aorta oberhalb der Valvulae semilunares. Kneift man den Ballon zu und lässt wieder los, so entstehen keine Töne, wenigstens wenn man alle Nebengeräusche ausschliesst, die besonders leicht entstehen können durch das Einströmen der Luft in den Art. Coron. Aus diesem negativen Resultat schloss Talma: die Valvulae cuspidales und semilunares



sind nicht im Stande (durch Spannung bei Schliessung) einen Ton zu erzeugen. Vor Talma hat schon Brakyn einen ähnlichen Versuch gemacht. An einem intacten Herzen wird in die Aorta oberhalb der Vv. seminulares ein Glasrohr gebracht, und zugleich in das linke Atrium ein anderes Glasrohr. Beide Röhren werden durch eine Kautschuckblase so mit einander verbunden, dass die Luft im Atrium plötzlich unter negativen Druck, die Luft in der Aorta plötzlich unter hohen positiven Druck geräth. Das Resultat war vollkommen positiv. Es entstand bei der plötzlichen Spannung der Vv. cuspidales und semilunares ein vollkommen deutlicher Ton, welcher durchaus an den normalen Herzton erinnerte. Stokvis modificirte den Versuch so, dass eine Verbindung zwischen dem in das linke Atrium und dem in die Aorta gebrachten Rohr weggelassen wurde. Er sog bald schnell Luft aus dem Atrium, bald blies er solche schnell durch die Aorta gegen die Vv. semilunares. Es entstanden wiederholt Töne, die nur durch ihre grössere Intensität von den normalen Herztönen abwichen. Dann und wann entstanden Nebengeräusche. S. kam zu dem Schlusse, dass der Schliessung der Klappen ein ansehnlicher Antheil an dem Zustandekommen der normalen Herztöne zugeschrieben werden muss.

Später hat er versucht, den Versuch von Brakyn so zu modifiziren, dass Irrthümer unmöglich waren. Das Experiment wurde folgenderweise gemacht. In die Aorta oder Pulmonalis wird ein Glasrohr mit umgebogenem Rand bis kurz oberhalb der Vv. semilunares gebracht; das Glasrohr wird in der Aorta oder Pulmonalis gut festgemacht, und jetzt wird vom linken oder rechten Ventrikel soviel abgeschnitten, dass man einen äusserst kleinen Theil des Herzens übrig hält, der noch mit den Arterien zusammenhängt. Das Präparat besteht also nur aus der Arterie, aus den Vv. semilunares und dem oberen Theil des Ventrikels, vollkommen ähnlich dem Rouanet'schen. Bläst man jetzt ziemlich kräftig durch das Glasrohr, so schliessen sich die Klappen plötzlich, und bei der plötzlichen Spannung geben sie einen kurzen intensiven Ton, stärker als am Herzen in vivo. Nicht immer kommt die Schliessung zu Stande. Zu Zeiten blieben die dünnen Häute alle gegen die Wand angelegt, und ein Eintauchen in Wasser während einiger Minuten ist nothwendig, sie in allen Richtungen wieder beweglich zu machen. Zu Zeiten bewegen sich zwei Klappen und die dritte bleibt zurück. Im ersten Falle entsteht weder ein Ton noch ein Geräusch, im zweiten ein blasendes Geräusch. Aber nie fehlt der kurze intensive Ton, sobald die Klappen gegen einander gedrängt werden und das Ostium arteriosum plötzlich schliessen.

Mit Bezug auf die Valv. cuspidalis modificirte er den Brakynschen Versuch etwas. Nach seinen Experimenten betrachtet S. den ersten (systolischen) und den zweiten (diastolischen) Ton am lebendigen Herzen als Klappenton.

**Finkler.**





7. **A. Heynsius, Rouanet's proef in eere hersteld.** Rouanet's Versuch wieder zu Ehren gebracht. (Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. Nr. 42. 1880.

Nach H. ist sowohl Talma's als Stokvis' Raisonnement bezüglich dieses Versuchs falsch. Beide lassen in ihren Versuchen die quantitativen Verhältnisse ausser Rechnung. T. trug der Stromgeschwindigkeit im Gefässsystem keine Rechnung und stellte 1875 eine Theorie über den ersten Arterienton auf, welche in der Hauptsache schon 1870 von Nolet widerlegt war. Was den zweiten Ton betrifft, ist es nicht die Frage, ob die Klappen durch den einen oder andern Stoss in Schwingung gebracht werden können, sondern ob „die Intensität des Stosses, welche die Klappen von der zurückprallenden Blutsäule empfangen, gross genug ist, darin hörbare Schwingungen zu erzeugen. Darüber lehrt Stokvis' Versuch nichts. Dagegen theilt Rouanet mit, dass in seinem Versuch Herz und Aorta mit Wasser gefüllt waren, dass das Aortarohr 4 Fuss lang war und die zurückgehende Bewegung in der Aorta, welche die Schliessung der Klappen zu Stande bringt, verursacht wurde dadurch, dass die mit der Hand zusammengedrückte Blase losgelassen wurde. Hieraus kann die absolute Grösse des Flüssigkeitsstosses nicht abgeleitet werden, welche die Schliessung verursachte, doch kann wohl gezeigt werden, dass der Druck im Aortenrohre niedriger und die Geschwindigkeit der zurückgehenden Bewegung der Flüssigkeit geringer gewesen sein muss als während des Lebens. Da nun die Intensität des Stosses zunimmt in dem Masse, als die Menge und Geschwindigkeit der bewegten Flüssigkeit grösser werden, so folgt daraus, dass selbst ein Flüssigkeitsstoss, dessen Intensität kleiner ist als die, welche während des Lebens die Valv. semilunares zur Schliessung bringt, hörbare Schwingungen in den Klappen erzeugt, und Rouanet's Versuch genügend ist zum Beweise der Behauptung, dass der zweite Ton ein Klappenton ist.

Finkler.

---

8. **Kronecker & Meltzer, Ueber die Vorgänge beim Schlucken.** (du Bois-Reymond's Arch. 1880 S. 446.)

Von 2 Schlundsonden, welche mit Marey'schen registrirenden Luftkapseln verbunden waren, wurde die eine in den Pharynx, die andere tief in den Oesophagus geschoben. Die durch einen Schluck Wasser erzeugten Zeichen der beiden Sonden lagen weniger als $^1/_{20}$ Secunde auseinander. Der ersten Marke der unteren Sonde folgte aber eine zweite langsamer sich entwickelnde und länger dauernde nach einigen Secunden. Es war unverkennbar, dass diese letztere von der Peristaltik des Oesophagus herrührte. Die sehr schnelle Aufeinanderfolge der ersten Zeichen beweist die Richtigkeit der Falk'schen Behauptung (cf. ds. Centralblatt Nr. 32 S. 509), dass der Schluck durch eine Schleuderbewegung der Zunge in den Magen gefördert wird, viel rascher, als dies durch die Peristaltik möglich wäre.

N. Zuntz.

---



9. **Prof. Caspary, Ueber flüchtige, gutartige Plaques der Zungenschleimhaut.** (Vierteljahrsschr. für Dermatologie und Syphilis. 1880. 2. u. 3. Heft. S. 183.)

In einem Vortrage in dem Verein für wissenschaftliche Heilkunde zu Königsberg bespricht C. eine Erkrankung der Zungenschleimhaut, welche nach ihm unabhängig von Syphilis ist, aber doch äussere Aehnlichkeit mit den Plaques muqueuses zeigt. An der Oberfläche der Zunge bilden sich Inseln oder gyrusartige Abschnitte, welche von einem scharf nach beiden Seiten sich abhebenden gelben oder lehmfarbenen, selten grauen Rande umgeben sind. Letzterer ist sehr wenig über das Niveau der Umgebung erhaben, die von ihm umgebenen Parthien sind körnig und intensiv roth, aber im Niveau der gesunden Schleimhaut. Die Symptome wechseln schnell, indem die gyri und Brüche sich in und durcheinander schieben, oder die erkrankten Abschnitte schnell zur Norm zurückkehren.

Palpable Infiltration der Schleimhaut, Funktionsstörung der Zunge und Schmerz fehlen. Einfluss der Zähne als Ursache der Krankheit lässt sich nicht nachweisen. In einzelnen von C. beobachteten Fällen war Syphilis in der Familie gewesen, in andern aber nicht. Ob Magenleiden, die einigemale mit der Zungenerkrankung vorkamen, in ursächlicher Beziehung zu dieser zu bringen sind, wagt C. nicht zu behaupten; ebenso enthält er sich jeder Vermuthung über das Wesen des Processes und welche Theile (ob die Papillen oder das Epithel) dabei erkrankt sind. Die syphilitischen Plaques unterscheiden sich von dieser Erkrankung durch die Anwesenheit einiger Infiltration, durch das gleichmässige, opaline Aussehen und das Fehlen der Wandelbarkeit in Form und Grösse. Alle Mittel, welche von C. äusserlich oder innerlich angewendet wurden, haben nichts genützt.

Doutrelepont.

---

10. **H. Waelle, Pyonephrose durch Drainage geheilt.** (Correspondenzblatt f. schweiz. Aerzte. 1880. Nr. 17.)

Die Diagnose Pyonephrose wurde bei dem 20jährigen Patienten hauptsächlich durch den Umstand begründet, dass der im linken Hypochondrium befindliche Tumor, welcher Zwerchfell und vordere Bauchwand hervorwölbte und mit der Milz eine Dämpfung bildete, jedesmal bei einem von Zeit zu Zeit auftretendem Abgang grösserer Eitermassen durch den Urin verschwand. Als bei stärkerer Füllung des Tumor Erscheinungen von Pyämie einen Eingriff erforderlich machten, ward in der Mitte zwischen Axillarlinie und Wirbelsäule etwa 1 cm unter der 12. Rippe eine Punktion mit dem Aspirator nach Potair ausgeführt, wobei ca. 800 ccm alkalisch reagirenden Eiters entleert wurden. Die Canüle blieb unter Lister-Verband liegen, fiel jedoch nach 8 Tagen beim Verbandwechsel heraus und konnte nicht mehr zurückgeführt werden. Hierauf wiederum in 14 Tagen Anfüllung des Eitersackes bis zur früheren Ausdehnung, weshalb derselbe nach vorheriger Entleerung des Eiters vermittelst eines dicken Trocart und Wiederanfüllung des Sackes mit 4 % Borwasser durch einen parallel der 12. Rippe, 1 cm unter derselben geführten 2 cm langen Schnitt eröffnet ward.



Durch die Incisionsöffnung wurde eine fingerdicke Drainschlinge eingeführt und dann Listers Verband angelegt. Das Drainrohr konnte 4 Monate später, nachdem 6 Wochen vorher eine Jodausspülung vorgenommen worden war, weggelassen werden. Wiederum 10 Wochen später war der Urin ganz frei von Eiter, die Fistel hatte sich beinahe geschlossen, der Tumor hatte sich nicht mehr gebildet und waren auch die Schmerzen nicht mehr zurückgekehrt. — In Betreff der periodisch wiederkehrenden Entleerung des Eitersackes spricht W. die Ansicht aus, dass bei einer bestimmten Spannung ein gewisses Hinderniss, vielleicht eine Klappenvorrichtung, aufgehoben und so die Communikation mit dem Ureter hergestellt worden sei.

Ungar.

---

11. **W. Kilner, The Salicylates of Calcium and Bismuth in the Diarrhoea of childern.** Salicylsaurer Kalk und Wismuth gegen Diarrhoea infantum. (Aus St. Thomas-Hospital Reports in „The American Journ. of the Med. Sciences". 1880. S. 469—470.)

K. rühmt die Wirkung salicylsaurer Salze des Kalks und Wismuths bei den durch abnorme Gährung im Darm hervorgerufenen Durchfällen kleiner Kinder, wie sie besonders im Hochsommer zur Beobachtung kommen. Die Mittel werden zum jedesmaligen Gebrauch frisch bereitet, indem man 11 Theile Salicylsäure mit 4 Theilen Kalk oder 12 Theile der Säure mit 7 Theilen Wismuthoxyd mischt und davon, je nach dem Alter des Kindes, 0,1—0,3 pro Dosi, in Wasser und Syrup gelöst, geben lässt. Contraindicirt sind beide Mittel bei den während der Zahnperiode eintretenden und auf reflectorischen Reiz zurückzuführenden Diarrhoeen.

Brockhaus (Godesberg).

---

12. **C. Binz, Ueber einige neue Wirkungen des Natriumnitrits.** (Arch. für experim. Pathol. u. Pharm. Bd. XIII. S. 133.)

Binz hat in einer Reihe von Versuchen die Veränderungen studirt, welche das salpetrigsaure Natron im thierischen Organismus setzt. Das Natrumnitrit afficirt das Nervensystem durch Lähmung, die zuerst beim Gehirn auftritt. Eine merkbare vorhergehende Erregung der einzelnen Theile des Nervensystems zeigt sich nicht. Von der Haut aus applicirt wirkt das Nitrit als ein inneres Causticum, gleich dem Arsenik. Ein Kaninchen zeigte nach subkutaner Vergiftung mit 0,15 salpetrigsaurem Natron bei der Sektion im Magen Entzündung und Ekchymosirung, die Schleimhaut des Darmes war in der ganzen Ausdehnung injicirt und geschwellt.

Als Grund für das Verhalten der Lähmung sowie der gastroenteritischen Veränderungen nimmt Verf. das Entstehen aktiven Sauerstoffs während des Verweilens des Nitrits im Organismus an, das dem Arsen analoge Verhalten des Nitrits im Körper ist als eine Stütze der bereits



früher aufgestellten Arsentheorie zu betrachten, insofern bei beiden Stoffen deren Wirkung als von freiwerdendem Sauerstoff herrührend anzusehen ist. Schulz.

---

**13. C. Binz, Narkotische Wirkung von Jod, Brom und Chlor.**
(Arch. für experim. Pathol. u. Pharm. Bd. XIII. S. 138.)

Als Resultat einer grösseren chemischen und biologischen Versuchsreihe, deren Einzelheiten im Original nachzusehen sind, erhielt Binz über das Verhalten von Chlor, Jod und Brom gegenüber dem lebenden Organismus und dem Einfluss der genannten Körper auf das Nervensystem folgende Daten:

1) Das Chlor wird durch das Alkali der Lymphe und des Blutes befähigt, ohne sehr bald und ganz zu Chlornatrium zu werden und ohne merkbare Gerinnungen zu machen, von den Lungen aus in innere Organe vorzudringen.

2) Die Anwesenheit disponibeln Chlors lässt sich in solchem Falle auf dem Durchschnitt des Gehirns wahrnehmen.

3) Jod, Brom und Chlor eingeathmet erzeugen beim Frosch echte centrale Lähmung ohne vorausgehende Krämpfe (und wie sich weiter ergibt, ohne vorhergehende Zerstörung des Hämoglobins).

Diese Lähmung ist durch unmittelbare Hemmung der Thätigkeit des Protoplasmas in den Nervencentren zu erklären.

4) Das Chlor ist kein direktes Herzgift, sondern tödtet in erster Linie durch Lähmung des Athmungscentrums.

Es geht daraus hervor, dass die bisherige allgemeine Annahme, Chlor, Brom und Jod wirkten nur örtlich an der Applikationsstelle, zu eng gefasst ist. Die Beziehungen der genannten Körper zum Organismus sind weitergehend als nur lokal begrenzter Natur.

Schulz.

---

**14. C. Binz, Aphorismen und Versuche über schlafmachende Stoffe.**
(Arch. für experim. Pathol. u. Pharm. Bd. XIII. S. 157.)

In denjenigen Narkoticis, welche Chlor, Brom oder Jod enthalten, sind die genannten drei Körper als die narkotisirenden Agentien anzusehen. Dass sie es sind, geht einmal aus der bekannten Fähigkeit derselben, die lebende Zelle zu lähmen oder, in höherem Grade wirkend, zu tödten und aus den von Binz mit Chlor, Brom und Jod direkt angestellten Versuchen an Thieren hervor. Ferner besteht ein deutlicher Unterschied zwischen reinen Kohlenwasserstoffen und denen, welche Chlor enthalten. In der Reihe des Methans (Sumpfgases) steigt die narkotisirende Kraft mit Zunahme des Chlorgehaltes. Chemisch reines Äthylen ergab bei Versuchen am Menschen durchaus keine Narkose, Chloräthylen erregte zwar beim Menschen keine direkte Narkose, aber doch eine deutlich wahrnehmbare Veränderung im Verhalten der arteriellen Gefässe (Klopfen in den Carotiden) und allgemeines Wärmegefühl, während beim Frosch der Unterschied bei Weitem evidenter sich zeigte. Chloräthylen narkotisirt und tödtet den Frosch in



kurzer Zeit, Aethylen erwies sich als völlig indifferent und ergab nur die Symptome von Sauerstoffmangel, so lange das Thier sich in der Athmosphäre von Chloräthylen befand.

Für die reinen Kohlenwasserstoffe sowie für das Morphium lässt sich zur Zeit eine chemische Erklärung für ihre narkotische Kraft noch nicht geben. Dass sie im Stande sind, die lebende Zelle in hohem Grade zu afficiren, ist von Binz und nach ihm von anderen Seiten her mehrfach durch direkte Beobachtungen bestätigt. Gerade das Morphium anlangend konnte Verf. zu wiederholten Malen dessen Einfluss auf die feineren Strukturverhältnisse der Nervenzellen darthun. Das Morphin ist von den officinellen Alkaloiden dasjenige, welches am leichtesten durch Sauerstoffaufnahme oxydirt wird. Dass die Entziehung von Sauerstoff durch das Morphin der Hauptgrund mit für seine schlafmachende Kraft sein wird, geht aus dem Umstand hervor, dass dasselbe in mehreren Organen des Körpers und im Blut nach seiner Einfuhr nachzuweisen ist, nur nicht im Gehirn. Es liegt nahe, anzunehmen, dass dasselbe, beziehentlich das Quantum Morphin, welches mit dem Gehirn in Berührung kommt, durch Sauerstoffaufnahme aus den Gehirnzellen einerseits in seiner chemischen Natur verändert und so nicht mehr nachweisbar wird, andererseits aber eben dadurch, dass es den Gehirnzellen den Sauerstoff entzieht, narkotisirend einwirkt. Dass das Morphin ein reines Protoplasmagift ist, und seine hypnotisirende Kraft nicht auf einer Affektion der Vasomotoren im Gehirn begründet ist, ist vom Verf. schon früher, und jetzt durch anderweite Versuche (von Preisendörfer im Deutschen Arch. für klin. Med. 1879) bewiesen.

Ist die durch die Narkotica gesetzte Veränderung der Hirnzellen nur so weit gehend, dass eine Reparation derselben möglich bleibt, so wird dadurch der Zustand des Schlafes hervorgerufen; ist die Alteration hochgradiger und dadurch bleibend, so tritt der Tod ein.

Schulz.

---

15. **C. Binz, Toxikologisches über Jodpräparate.** (Arch. für exp. Path. u. Pharm. Bd. XIII. S. 113.)

Binz stellt auf Grund seiner Versuche mit Jodoform, welche die hypnotische Wirkung desselben sowie seine Fähigkeit, fettige Degeneration und Hämorrhagie bestimmter Organe zu erzeugen, endlich auch das Freiwerden von Jod aus dem Jodoform darthaten und von Högyes in allem Wesentlichen bestätigt sind, für den Modus der Resorption des Jodoforms durch den Darmkanal und das weitere Verhalten der genannten Verbindung im Organismus folgende Schlüsse auf:

1) Das Jodoform wird im Darmkanal vom Fett gelöst und dadurch zur Aufsaugung durch die Chylusgefässe befähigt.

2) Auf dem langsamen Wege durch diese und wahrscheinlich schon im Darme entlässt es freies Jod, welches durch das vorhandene Alkali in Jodat und Jodid verwandelt wird.

3) Beide Salze zusammen zerlegen sich durch die Säuren proto-



plasmatischer Gewebe zu freiem Jod, und dieses übt auf die Zellen seine Wirkungen aus.

4) Das Jodat wird immer mehr zu Jodid reducirt, und so erscheint das Metalloid schliesslich als solches im Harn und anderen Sekreten.

Högyes hatte als intermediäres Produkt das Auftreten von Jodalbuminat im Organismus angenommen; er fand, dass dasselbe, wenn künstlich dargestellt, ein sehr labiler Körper und in seinen toxischen Eigenschaften von einer reinen Jod-Alkaliverbindung nicht verschieden war. Binz gelangt aus seinen Versuchen zu dem Resultat, dass die Annahme einer solchen intermediären Jodeiweissverbindung überflüssig ist, wenn es sich um die Auffassung vom Verlauf der Jodwirkung im Organismus handelt.

Vergleichende Versuche über die gewebsverändernden Eigenschaften von Jodsäure (als Natronsalz angewendet) von Jodoform und Jod in Jodnatrium gelöst, ergaben für sämmtliche drei Substanzen dasselbe Resultat. Subkutan in Lösung injicirt erzeugten sie bei Kaninchen alle Narkose, Gastritis und mit Ausnahme der Lösung von Jod in Jodnatrium, fettige Degeneration der Leber. Wesshalb in letzterem Falle keine Leberentartung wahrgenommen wurde, lässt Verf. vorläufig noch unentschieden. Die bei der Sektion erhaltenen pathologischen Befunde sind durchweg zu vergleichen mit denjenigen, welche alle die Gifte hervorrufen, die befähigt sind, im Organismus Sauerstoff zu activiren. Dass die Jodsäure ihren Sauerstoff mit grosser Leichtigkeit entlässt, ist aus der Chemie derselben bereits bekannt.

Schliesslich erwähnt Verf. noch den bekannten Fall von E. Rose, Vergiftung durch grosse Dosen Jod in Jodnatrium, die in eine Eierstockscyste eingespritzt worden waren. Die bei demselben beobachtete hochgradige Gastritis steht im Einklang mit den Versuchsresultaten von Binz, während Böhm nach Injektion von Jodjodnatriumlösung in die Vene bei Hunden die Magenschleimhaut als stets vollkommen normal angibt. Das negative Resultat von Böhm ist darum wahrscheinlich auf die von ihm angewandte Methode zu beziehen. (Ueber die zu gleicher Zeit unter Leitung des Verf. festgestellte antiseptische Wirkung der Jodsäure siehe dieses Centralblatt Nr. 26. S. 413.)

Schulz.

---

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.



Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen nebst Titel und Register.

# Centralblatt
für
# KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigirt von

**Dr. H. Rühle,** Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

**Dr. D. Finkler,** Privatdocent und Assistent an der medicin. Klinik in Bonn.

**1880.** **27. November.** **Nro. 36.**

**Inhalt.** Referate: 1. **Baader**, Die Specifität der Varicellen. — 2. **Grasset**, D'une variété non décrite de phénomène posthémiplégique; forme hémiataxique. — 3. **Schiel**, Zur Electrotherapie. — 4. **Zawerthal**, Ueber Pharynx-Tuberculose. — 5. **Senator**, Zur Kenntniss und Behandlung des Pneumothorax mit und ohne Flüssigkeitserguss nebst Bemerkungen über operative Entleerung von Empyemen. — 6. **Burney Yeo**, The treatment of asthma by the induced current. — 7. **Destureaux**, De la dilatation du coeur droit d'origine gastrique. — 8. **Dogiel**, Ueber den Einfluss der Musik auf den Blutkreislauf. — 9. **Schrötter**, Drei Fälle von Aneurysma. — 10. **Buch**, Ueber die Behandlung des Ileus mit Massage. — 11. **Thibierge**, Arrêt de cours des matières fécales sans obstacle mécanique; mort par l'épuisement et par érysipèle consécutif à une intervention chirurgicale. — 12. **Maclaren**, The aspirator as an aid to diagnosis in cases of obstruction of the bowel. — 13. **Stiller**, Wanderniere und Icterus. — 14. **Delefosse**, Procédé practique pour remédier à la retention d'urine dans le cas de hématurie vésicale. — 15. **Penzoldt**, Einiges über die Wirkung des Aspidospermins, eines Alkaloids der Rinde von Aspidosperma Quebracho. — 16. **Desplats**, De l'emploi de l'acide phénique comme agent antipyrétique. — 17. **Voss**, Ueber die Behandlung der Psoriasis mit Sublimatbädern. — 18. Discussion über Vergiftungen mit chlorsaurem Kali. — 19. **Güntz**, Furunculosis nach innerlichem Gebrauche von Condurango. — 20. **Griswold**, Case of Poisoning with homœopathic granules of „Nux". — 21. **v. Mering**, Ueber die Wirkungen des Quecksilbers auf den thierischen Organismus. — 22. **Guder**, Experimente über die Chinin-Wirkung, insbesondere auf das gesunde menschliche Gehörorgan. — 23. **Rosenthal**, Borsäure gegen Cystitis.

1. **A. Baader, Die Specifität der Varicellen.** (Correspondenzbl. f. schweiz. Aerzte. No. 19 und 20.)

B. stellt sich in dem in neuerer Zeit wiederum durch Kaposi und Hay angeregten Streite über die Natur der Varicellen auf die Seite derjenigen, welche die Varicellen als eine Krankheit sui generis, deren Contagium immer wieder nur Varicellen erzeuge, betrachten. Zu dieser Ansicht führen ihn zunächst auf Grund der Morbiditätsstatistik Basels angestellte statistische Studien, aus welchen hervorgeht, dass Basel, trotzdem dort die Varicellen endemisch sind (vom 1. Jan. 1875 bis 1. Mai 1880 waren im Ganzen 584 Fälle angemeldet), nur seltene, scharf abgegrenzte und in der Regel auf besondere Infection oder doch auf gesonderte Infectionsherde mit nachweisbarem Verbreitungswege zurückzuführende Variola-Epidemien (im genannten Zeitraum im Ganzen 21 Fälle) aufzuweisen hat.



Auch auf einer während 14 Jahre auf dem Lande, in der Umgebung Basels, ausgeübten Praxis sah B. häufig Varicellen-Epidemien, aber nur einmal eine leichte Variola-Epidemie und dieses eine Mal, im Jahre 1871, hatten internirte Kriegsgefangene die Krankheit eingeschleppt.

Auch anatomisch unterscheiden sich Varicellen und Variolae resp. Varioloiden dadurch, dass die „Pocken" in der Regel immer aus Papeln, Varicellen nur aus kaum flach erhabenen und wenig infiltrirten Maculae, oft genug aus der normalen Haut hervorschössen. Die Varicellen seien Bläschen, Pusteln seien seltene Ausnahmen, die Pocken hingegen wiesen nach einigen Tagen immer Pusteln auf und die wasserhellen Bläschen, die bei ihnen vorkämen, seien aussergewöhnlich.

Varicellen befielen, wenn überhaupt, nur äusserst selten Erwachsene (mehrere der in der Literatur aufgezählten Fälle sind nach B. als Variolois anzusehen), an Variola betheiligte sich mehr das höhere Lebensalter.

Die Dauer der Incubationszeit sei, wie die verschiedenen Autoren einstimmig erwähnten, für die Varicellen länger, als wie für Variola.

Was den Symptomencomplex beider Exantheme anbelangt, so hebt B. namentlich das gänzliche Fehlen des anteexanthematischen Fiebers bei Varicellen hervor.

Hinsichtlich der Prognose sei der immer sehr günstige Verlauf der Varicellen gegenüber dem gegentheiligen Verhalten der Pocken charakteristisch.

Schliesslich hebt B. hervor, dass, während die Incubation der Variola so äusserst leicht gelänge, die zahlreichen Versuche des Ueberimpfens der Varicellen fast durchweg misslungen seien.

Ungar.

---

2. **J. Grasset, D'une variété non décrite de phénomène posthémiplégique; forme hémiataxique.** Ueber eine nicht beschriebene Varietät des posthemiplegischen Phänomens; hemiataktische Form. (Le progrès médical, 1880, No. 46.)

Als posthemiplegische Phänomene waren bisher bekannt, ausser den Kontrakturen, 1. das Zittern, und zwar a) das Zittern in der Ruhe (wie bei paralysis agitans), und b) das Zittern bei intendirten Bewegungen (wie bei sclérose en plaques); 2. Kontraktionen, und zwar a) die chronischen, welche in der Ruhe eintreten. G. hat nun auch b) ataktische beobachtet, solche Kontraktionen also, welche bei intendirten Bewegungen sich zeigen. — Es handelte sich um einen Fall, in welchem nach wiederholten apoplektischen Attaquen rechtsseitige Hemiplegie und Aphasie bestand. Die rechte Hand verhielt sich in der Ruhe vollständig still. Wollte aber der Pat. einen Bleistift nehmen, so geriethen die Finger in unregelmässige Kontraktionen, welche den Pat. zu schreiben hinderten. In den anderen Theilen der rechten Oberextremität nichts Derartiges. Auch keine Kontraktur und keine Steigerung der Sehnenreflexe. Streckte Pat. die rechte Hand mit gespreizten Fingern aus, so sah man an diesen geringe Oscillations-Bewegungen. Durch Schliessen der Augen wurde die Ataxie in den Bewegungen der rech-



ten Hand nicht gesteigert. Bei der Autopsie fanden sich Erweichungsherde in dem vorderen Theile der linken capsula interna.

E. Bardenhewer.

---

3. **Dr. J. Schiel** (Baden-Baden), **Zur Electrotherapie.** (Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1880. Bd. 27, Heft 3 u. 4, pag. 241.)

Um die Erregbarkeitsveränderung zu erfahren, welche ein durch ein Körperglied geleiteter galvanischer Strom herbeiführt, sucht S. die Stärke des plötzlich einströmenden Inductionsstromes, bei welchem ein willenskräftiges Entgegenwirken der Strecker die Beugung des Arms noch gerade verhindern kann. Nachdem ein Batteriestrom von mässiger Stärke 5—8 Min. vom Armgeflecht zur Armbeuge gegangen, dann unterbrochen ist, bringt gleich nach der Oeffnungszuckung der gleiche Inductionsstrom den Arm in tetanische Beugung. Die Leistungsfähigkeit des Arms (am Burg'schen Druckdynamometer gemessen) hat unmittelbar nach Schliessung des Stroms gar nicht, wohl aber nach einer Minute etwas zugenommen. Die Steigerung der Kraftleistung kommt sowohl dem aufsteigenden als dem absteigenden Strom zu, letzterem in etwas stärkerem Grade. Mit dem Inductionsstrom konnte kein Zustand erhöhter Erregbarkeit hervorgerufen werden. Ein ziemlich kräftiger Rückenstrom liess die Kraftleistung des Arms unverändert, ebenso Galvanisation des Gehirns.

S. verschaffte sich einen Anhalt für die Beurtheilung, in welchem Verhältniss die Arbeitsleistung des Stroms zu dem Mehr von Druckleistung nach der Galvanisation des Arms und zu der therapeutischen Wirkung des Stroms überhaupt steht. Er fand, dass ein Strom von einer geringen Elementenzahl und geringerem, durch grosse Electroden herabgesetztem Widerstand, weder dieselbe physiologische, noch dieselbe therapeutische Wirkung haben wird, wie ein galvanometrisch gleich starker Strom von einer grösseren Elementenzahl bei einem grösseren Widerstand.

S. empfiehlt die „faradische Massage“, die er so ausführt: „Man befestigt auf dem rechten oder dem linken Unterarm oberhalb des Handgelenks eine mit einem angelötheten Stift versehene, mit nasser Leinwand überzogene kleine Metallplatte durch einen Schnallgurt und verbindet dieselbe mit der einen Leitschnur eines Inductionsapparates. — Die so bewaffnete Hand vollführt die Massage, während die andere Hand die zweite Electrode in gewöhnlicher Weise verwendet.“

Finkler.

---

4. **Prof. Dr. W. H. Zawerthal,** Rom, **Ueber Pharynx-Tuberculose.** (Wien. med. Presse. No. 41 und 43.)

In einem auf dem ersten internationalen laryngologischen Congresse in Mailand gehaltenen Vortrage besprach Z. zunächst die Symptomatologie jenes Leidens. Der übereinstimmenden Schilderung der subjectiven Symptomatologie seitens anderer Forscher, welche alle von einem lästigen Trockenheitsgefühl im Halse, und von starken durchbohrenden Schmerzen in einem oder in beiden Ohren als einem Hauptsymptom, ferner von sehr quälenden Schlingbeschwerden sprechen, glaubt Z. hin-

zufügen zu müssen, dass das Trockenheitsgefühl nicht mehr vorhanden sei, wenn sich Geschwüre sowohl auf den Seiten der hinteren Pharynxwand als auf dem Gaumenbogen gebildet hätten. Dann träte eine so reiche Schleimabsonderung ein, dass die Patienten jeden Augenblick gezwungen seien, mit schmerzlichen Manövern ihren Hals rein zu machen.

In Betreff der objectiven Symptome hebt Z. zunächst hervor, dass er der Ansicht Fraenkel's, der dem Fieber bei Pharynx-Tuberculose einen ganz eigenthümlichen Verlauf zuschreibe, nicht beipflichten könne.

Was die Erscheinungen im Pharynx anbelangt, so sei in den ersten Stadien der Krankheit Anämie der Pharynxschleimheit das auffallendste Symptom; im Verlauf einiger Wochen bildeten sich papelähnliche Intumescenzen, zwischen denen die Schleimhaut, die früher blass und atrophisch schien, rosaroth und dicker zu werden anfängt. Sobald die Bildung solcher Erhabenheiten ziemlich fortgeschritten sei, begännen die ältesten im Centrum zu exulceriren. „Eine hoch interessante Thatsache besteht in einer ausgesprochenen Tendenz des Processes zu rascher Entwickelung polypoidartiger Neubildungen auf dem Terrain selbst, wo das afficirte Gewebe durch Geschwürsbildung und käsige Degeneration zu Grunde geht. Es geschieht nämlich, dass in der nächsten Umgebung der Uvula, und je grösser diese, desto ausgeprägter, mehr minder zahlreiche Excrescenzen sich entwickeln, die nach kurzer Zeit ulceriren und rasch auf demselben Wege zu Grunde gehen. Das Phänomen ist am prägnantesten auf der Uvula zu beobachten, und desshalb erlangt das Zäpfchen oft das Dreifache seiner natürlichen Grösse. Dieses Phänomen pflegt bei der Pharynx-Tuberculose so constant vorzukommen, dass Stoerk sich berechtigt hielt, dasselbe als charakteristisches Symptom für die Pharynx-Tuberculose anzusehen. Ich muss mich aber dagegen aussprechen, weil ich öfters ein solches Bild auch bei ausgeprägter Pharynx-Syphilis beobachtete.“ Die Rachentonsillen, die Umgebungen der Rosenmüller'schen Gruben und das Dach des Nasenrachenraumes seien die beliebtesten Orte für den Sitz der tuberculösen Geschwüre.

Gegenüber dem Ausspruche von Morell Mackenzie, dass Geschwüre und Ablagerung von Miliartuberkeln, die den Pharynx ergreifen, entweder als primär locale Erscheinung der constitutionellen Phthisis oder als begleitende Erscheinung bei der gleichen Affection in den Lungen, im Larynx, oder in anderen Körpertheilen anzusehen seien, vertheidigt Z. die Ansicht, dass die Pharynx-Tuberculose, gleich der Larynx-Phthise, stets eine Theilerscheinung der allgemeinen Miliartuberculose bilde. Sie käme nie primär vor, sie bestände in einer Ablagerung von Miliartuberkeln, die erst nach längerem Bestande der Lungenaffection aufträte. Die grösste Mehrzahl der Fälle bestätige, dass die mit Pharynx-Tuberculose behafteten Patienten seit ihrem Kindesalter mit wiederholten Mandel-, Rachen- und Halsentzündungen zu thun hatten; es wäre bei ihnen die Rachenhöhle ein locus minoris resistentiae geworden. Auch hätten alle seine Patienten entweder selbst die unverkennbaren Symptome der Scrophulose gezeigt, oder hätten Familien angehört, in denen die Scrophulose zu Hause war.

**Ungar.**

---



**5. Prof. Senator, Zur Kenntniss und Behandlung des Pneumothorax mit und ohne Flüssigkeitserguss nebst Bemerkungen über operative Entleerung von Empyemen.**

Die so verbreitete Ansicht, als müsse jeder Pneumothorax mit eitrigem Ergusse combinirt sein, ist irrig; S. theilt 4 Fälle mit, in welchen neben und nach dem Luftaustritt in den Brustfellsack ein serofibrinöser, nicht eitriger Erguss nach mehreren Wochen noch vorhanden war. Solche Fälle werden in grosser Anzahl aus der Literatur zusammengestellt.

Beachtenswerth ist, dass sich sehr häufig zum Pneumothorax eine Pleuritis der anderen Seite zugesellt. Auch frische Pericarditis nicht selten.

Das Exsudat eines Pneumothorax durch Lungenverletzung geht verhältnissmässig selten in faulige Zersetzung über. Es wird ausser der Art und Stärke des Reizes auch die Vulnerabilität der Pleura für die Beschaffenheit des Exsudats massgebend. So bedingt es die grössere Vulnerabilität im Kindesalter, dass die pleuritischen Ergüsse hier überwiegend eitrig sind. Die Luft allein wirkt nicht als Entzündungserreger auf die Pleura, denn es kann Pneumothorax ohne Flüssigkeitserguss bestehen oder bei fortbestehendem Pneumothorax ein Erguss resorbirt werden; dem entgegen wird immer ein Erguss eitrig, wenn Communication durch die Brustwand mit der freien Luft besteht und das Exsudat fällt gewöhnlich der Zersetzung anheim, wenn der Durchbruch nicht durch das Lungengewebe, sondern durch einen Bronchus stattfand. Die Erklärung hierfür liegt darin, dass zunächst die Temperatur der eindringenden Luft verschieden ist, dass zweitens durch den schwammigen Bau der Lungen die durch sie eintretende Luft filtrirt wird, dass drittens die Lungenluft, reich an Kohlensäure, durch die antiseptische Wirkung dieses Gases bis zu einem gewissen Grade vor der Fäulniss schützt.

Zur Entstehung eines Pneumothorax ist nicht der Durchbruch der Pleura pulmon. oder costalis nothwendig, es kann auch „spontan" entstehen. Einmal kann durch Entleerung des Exsudats und dabei stattfindender Druckverminderung Entgasung des Flüssigkeitsrestes stattfinden, zweitens kann die Zersetzung des Inhaltes Gase frei liefern und in beiden Fällen können die Verhältnisse für die Resorption der Gase sehr ungünstig sein.

Für die Entleerung von Flüssigkeit ist der Punktion und Aspiration der Vorzug einzuräumen; sie genügt zunächst allen Anforderungen, wenn es sich um Beseitigung einer augenblicklich das Leben bedrohenden Erstickungsgefahr handelt. Selbst wenn man die Operation durch Schnitt für schneller erleichternd hält, sollte erst der Erfolg einer Punktion abzuwarten sein, zumal man vor der Punktion kein sicheres Urtheil über die Art des Pneumothorax hat. Nur wenn sich Punktion und Aspiration als unzulänglich erwiesen, ist der Brustschnitt am Platze. Von vornherein ist er nicht zu empfehlen bei Pneumothorax mit serösem Erguss.

„Was aber die eiterigen Ergüsse betrifft, die als das eigentliche Feld für die Radicaloperation durch Schnitt bisher betrachtet worden sind, so verspricht auch hier die Aspiration nach den bis jetzt



allerdings noch in geringer Zahl vorliegenden Erfahrungen bessere Dienste zu leisten und wenn nicht vollständige Heilung, so doch Besserung zu erzielen und das Leben zu verlängern, Erfolge, die von der Schnittoperation bei Pyopneumothorax nur in einer sehr geringen Minderzahl von Fällen zu verzeichnen gewesen sind und am allerwenigsten bei chronischen Lungenaffektionen, welche ja am häufigsten zu Pyopneumothorax führen."

Während S. für den reinen Pneumothorax irgend operativen Eingriff für nicht angezeigt hält, redet er den Entleerungen durch Punktion das Wort, und lässt die Schnittoperation nur gelten bei putrider Beschaffenheit der Flüssigkeit.

In Bezug auf die Ausspülung betont S. als leitenden Gedanken: „die Pleurahöhle in gefahrloser Weise zu entlasten, und den Eiter durch eine unschädliche Flüssigkeit zu verdünnen".

Als einfachstes und bequemstes Instrument gibt S. an eine Hohlnadel mit einem seitlichen Ansatzrohr.

Finkler.

---

6. **J. Burney Yeo, The treatment of asthma by the induced current.** Die Behandlung des Asthma mit dem Induktionsstrom. (The Lancet, 1880. Vol. II, No. 20.)

Y. berichtet über einen in Neuenahr mit Richard Schmitz beobachteten Fall von heftigen asthmatischen Anfällen, in welchem die Anwendung des Induktionsstromes nach Max Schaefer in Bremen von günstigem Erfolge war. Er sieht wie dieser in dem von Nasenpolypen, Vergrösserungen der Tonsillen, Schwellungen der Cervikal- und Bronchialdrüsen auf die Athmungsnerven ausgeübten Drucke eine häufige Ursache des Asthma, und fand bei vielen Asthmatikern chronische Nasen-, Rachen- oder Kehlkopf-Luftröhren-Katarrhe.

E. Bardenhewer.

---

7. **Dr. Destureaux, De la dilatation du coeur droit d'origine gastrique.** Ueber Dilatation des rechten Herzens gastrischen Ursprungs. (Gaz. méd. de Paris. Nr. 41. 1880.)

1) Die Dilatation des rechten Herzens kann entstehen unter dem Einfluss einfacher gastrischer Störungen.

2) Sie kann auf dyspeptische, renale, pulmonale und cardiale Störungen folgen.

3) Sie scheint besonders durch den N. Vagus sich zu entwickeln, welcher reflektorisch die Erregung auf die Lungen überträgt, eine Behinderung in dem pulmonalen Kreislauf verursacht und dadurch eine an Intensität wechselnde Ausdehnung des rechten Herzens verursacht.

4) Im Allgemeinen ist die Prognose günstig und der Zustand nicht sehr langdauernd.

5) Eine reine Milchdiät ist das einzige Heilmittel.

Roux.

---



8. **J. Dogiel, Ueber den Einfluss der Musik auf den Blutkreislauf.** (du Bois-Reymond's Arch. f. Physiol. 1880 S. 416—426.)

Versuche an Menschen und Thieren ergaben, dass Gehörerregungen durch musikalische Töne und Melodieen einen mächtigen Einfluss auf Herzschlag und Blutdruck üben. Die Herzaction wird meist beschleunigt; der Blutdruck steigt bald, bald fällt er. Die Schwankungen im Blutkreislauf sind ausser von der Höhe und Kraft des Tones auch von der Klangfarbe abhängig. Die Individualität des Thieres und des Menschen spielt bei diesen Wirkungen eine bedeutende Rolle.

N. Zuntz.

---

9. **Prof. v. Schrötter, Drei Fälle von Aneurysma.** (Wiener med. Blätter 1880. No. 46, p. 1158.)

Im 1. Falle ein halbwallnussgrosser Tumor im 1. Intercostalraum links, deutliche Pulsation, systolische Hebung der ganzen vorderen Thoraxwand, am stärksten des 3. Rippenpaares. Die Herztöne, auch die Töne über der Geschwulst dumpf; in beiden Radialarterien der Puls gleichzeitig und gleich stark, linkes Stimmband unbeweglich; keine Vergrösserung des Herzens.

Im 2. Falle Dämpfung im 1. und 2. Intercostalraum links und rechts vom Sternum. An der Herzspitze dumpfer systolischer Ton, diastolisches Geräusch nach der Herzbasis stärker werdend. Links an der 2. Rippe deutliche Hebung; über welcher zwei dumpfe Töne, Puls gross, schnellend, tönend. Der linke Aryknorpel steht vor dem rechten, die Glottis schief von rechts rückwärts nach links vorne. Linkes Stimmband beim Intoniren unbeweglich.

Im 3. Falle apoplectischer Insult, Schwerfälligkeit der Sprache, Schwäche der linken Extremitäten. Arterien mässig rigide. Puls in der linken Radialis und Bronchialis um ein ganz Bedeutendes schwächer als in den Arterien der rechten Seite. In der rechten Subclavia deutliches Schwirren. Herzstoss an der normalen Stelle. Herzdämpfung nicht vergrössert.

Unter der Aorta schabendes systolisches Geräusch. Athemgeräusch rauh, auf Distanz zu hören. Hereinwölbung der rechten vorderen Wand der Trachea nach unten zu.

Section: An der Vorderfläche der Art. innominata sowie der Aorta je ein über wallnussgrosses mit einem Hals aufsitzendes Aneurysma.

Finkler.

---

10. **M. Buch, Ueber die Behandlung des Ileus mit Massage.** (Berl. klin. Wochenschrift. 1880. 41. S.)

Im Anschluss an zwei fremde Beobachtungen theilt B. zwei Fälle mit, bei welchen sich unter den bekannten Symptomen des Darmverschlusses in dem einen eine wurstförmige, bewegliche Geschwulst von teigiger Consistenz, ausgehend von der rechten Leistengegend und bis in die Linke herüberreichend, in dem zweiten ein ähnlicher bogenförmig gekrümmter Tumor oberhalb des Nabels gebildet hatte. In beiden Fällen gelang es B., nachdem besonders im ersten die sonstigen üblichen



Mittel (Drastica, hohe Klystiere etc.) erfolglos angewandt waren, durch vorsichtiges Massiren die Geschwulst zu verkleinern resp. verschwinden zu machen und, nachdem einige Stunden später Stuhl erfolgt war, die vollständige Heilung herbeizuführen. B. räth daher zur Anwendung der Massage in allen Fällen, wo, sei es in Folge von Darmstrictur oder von Invagination Kothstauung eingetreten ist und ein Tumor der oben erwähnten Form sich gebildet hat. Ist man im Stande, oberes und unteres Ende des mit Koth gefüllten Darmstückes zu unterscheiden, so sollen die knetenden und streichenden Bewegungen stets in der Nähe des Letzteren beginnen und gegen dasselbe gerichtet sein, da es auf diese Weise nicht allein gelingt, die Kothmassen successive über die verengte Stelle weg zu schaffen, sondern auch bei bestehender Invagination das untere umfassende Stück des Darms von dem oberen umfassten fortzuziehen, falls noch keine Verklebung zwischen beiden eingetreten ist. Ist man über oberes und unteres Ende der Geschwulst nicht im Klaren, so müssen die Manipulationen an beiden Enden abwechselnd vorgenommen werden. Dem Einwand, dass bei etwaiger Neigung des Darms zur Perforation Letztere durch die Massage beschleunigt werden könne, begegnet B. mit der Bemerkung, dass es, wenn einmal die Sache so weit vorgeschritten sei, dass Perforation befürchtet werden müsse, wegen des hochgradigen Meteorismus wohl nicht mehr möglich sein würde, eine Kothgeschwulst durchzupalpiren, und dass dann die Massage überhaupt nicht mehr in Frage käme.

Brockhaus (Godesberg).

---

11. **Georges Thibierge, Arrêt de cours des matières fécales sans obstacle mécanique; mort par l'épuisement et par érysipèle consécutif à une intervention chirurgicale.** Stauung der Fäcalmassen ohne mechanisches Hinderniss; Tod durch Erschöpfung und durch nach einem chirurgischen Eingriff auftretendes Erysipel. (Le progrès médical, 1880, N. 47.)

J. D. 64 Jahre alt, mit sehr reichlichem Fettpolster, leidet seit langer Zeit an Konstipation und Schmerzen im Abdomen; seit dem 24. Febr. kein Stuhlgang; am 28. überaus heftige Schmerzen im Abdomen; dasselbe ist stark ausgedehnt; nirgends Dämpfung; weder per rectum noch per vaginam etwas Abnormes zu entdecken; geringes Fieber; Drastica und hochgehende Klystiere ohne Erfolg; der Harn wird eiweisshaltig; die Temperatur steigt; lebhafter Durst, Nausea und Schluchzen stellen sich ein; kühle Extremitäten; kein Erbrechen; grosse Schwäche. Am 5. März legt Gosselin in der rechten fossa iliaca einen anus praeternaturalis an, durch welchen sich grosse Mengen von Faeces ergiessen. In den folgenden Tagen verschlimmert sich der Zustand wieder, und von der Wunde aus verbreitet sich schnell ein Erysipel; Tod am 9. März Abends.

Sektion: Keine Spur von Peritonitis; die letzten Theile des Dickdarms zeigen eine enorme Ausdehnung (33 Cent.); sie bilden einen weiten Cylinder von regelmässiger Form, welcher in der Mitte des Abdomens liegt und nach oben und links sich in das colon descendens fortsetzt. Nach unten verengert sich der Cylinder und der unterste



Theil des rectum hat seine normale Form. Der Dickdarm ist nirgends durch einen Tumor komprimirt oder durch eine Spange gezerrt; nirgends findet sich eine Einschnürung und die äussere Oberfläche ist vollständig normal. Die Dilatation betrifft den obersten Theil des rectum und des S iliacum; die oberhalb gelegenen Theile haben nahezu ihr normales Volumen; die dilatirten Theile enthalten grosse Mengen halbflüssiger Fäcalmassen; die Schleimhaut ist der Sitz einer intensiven Entzündung, von roth-schwarzer Färbung; keine Ulcerationen, keine Verdickung oder Entartung; der Dünndarm ohne Veränderung.

Nach T. handelte es sich um eine Lähmung des Dickdarms nach lang dauernder Konstipation.

E. Bardenhewer.

---

12. **Roderich Maclaren, The aspirator as an aid to diagnosis in cases of obstruction of the bowel.** Der Aspirator ein Hülfsmittel der Diagnose in Fällen von Darmverschluss. (The Lancet, 1880. Vol. II, No. 20.)

In einem Falle von Darmverschluss, dessen Sitz nicht bestimmt werden konnte, führte M. eine Aspiratornadel in der rechten Lendengegend in das Colon ein. Es flossen flüssige Faeces ab und M. schloss daraus, dass das Hinderniss tiefer sitzen müsse. Die rechtsseitige Colotomie war in der That von Erfolg. In den folgenden Wochen traten auch wieder per anum Entleerungen ein. Nach sechs Wochen starb die 43jährige Patientin in Folge von Fettherz. Die Sektion ergab als Ursache des Darmverschlusses ein einige Zoll oberhalb der Flexura sigmoidea sitzendes Carcinom.

E. Bardenhewer.

---

13. **Dr. Bertr. Stiller,** Budapest, **Wanderniere und Icterus.** (Berl. klin. Wochenschr. 1880. Nr. 38.)

St. hatte 1878 in der ärztl. Gesellsch. von Budapest einen Fall vorgestellt, wo bei einer Frau volle Spannung im Epigastrium, Druck im rechten Hypochondrium, Erbrechen vorhanden waren und gewöhnlich Nachts nachliessen, plötzlich aber ganz schwanden und durch ziehende, heftigere Schmerzen in der rechten Lendengegend ersetzt wurden; gleichzeitig war eine Geschwulst der rechten Bauchseite aufgetreten, die sich als Wanderniere documentirte. Es bestand Magendilatation (Bartels) und Incontinenz des Pylorus (Ebstein). Letztere erklärt St. durch die lange bestandene Stauung des Speisebreies oberhalb der Druckstelle im Duodenum. St. zweifelt nicht, dass auch durch Druck der dislocirten Niere auf das Diverticul. Vateri Icterus entstehen müsse, giebt aber für den Fall von Litten (Charité-Annal.) zu, dass der Icterus durch Druck auf den Duct. choledoch. selbst zu Stande gekommen, da keine Beweise für den Druck der Niere auf das Duodenum vorhanden waren.

R.

---

14. **Dr. Delefosse, Procédé practique pour remédier à la retention d'urine dans le cas de hématurie vésicale.** Praktisches Verfahren um bei Retentio Urinae in Folge von Haematuria vesicalis abzuhelfen. (L'Union méd. No. 128.)

Bei einem Kranken mit Suppressio Urinae in Folge von abundanter Haematuria vesicalis, wo die angewandten Mittel (Injection mit warmem Wasser, Klysma mit Laudanum) fehlgeschlagen hatten, führte D. einen Katheter (No. 22) ein, und in diesen einen No. 14, so, dass das Auge des einen durch den Stiel des anderen verschlossen wurde, mit einem kleinen Zwischenraum zwischen den Wänden. Hierdurch verstopfte das Coagulum das Auge des Katheters, doch konnte derselbe nicht vollkommen eindringen und erlaubte dem Harn tropfenweise abzugehen. Hört das Abträufeln auf, so braucht man die dünne Sonde nur zu bewegen, um es wieder in Gang zu bringen.

D. beschreibt dann ein kleines Instrument, bestehend in einem Katheter No. 22, darin ein Fischbein mit einem kleinen Cylinder von 1 cm Länge und Kaliber No. 14 oder 15 (Charrière) und führt den Katheter so ein, dass der kleine Cylinder im Auge sitzt. Wenn das Instrument in die Blase kommt, fliesst der Harn tropfenweise ab. Roux.

---

15. **Penzoldt, Einiges über die Wirkung des Aspidospermins, eines Alkaloids der Rinde von Aspidosperma Quebracho.** (Berl. klin. Wochenschrift. 1880. No. 40. S. 565—567.)

P. stellte mit einem von Fraude in München aus der Quebrachorinde gewonnenen und in seiner chemischen Constitution dem Chinin verwandten Alkaloide, dem Aspidospermin eine Reihe von Versuchen an. Bei Fröschen führten 10 mgr des Mittels (entsprechend 0,5 der Rinde) vollständige motorische Lähmung mit bedeutender Verlangsamung der Herzthätigkeit herbei; bei Kaninchen trat nach dreimaliger Darreichung von 0,06 in Intervallen von 15 Minuten unter zunehmender Dyspnoe und zuweilen von krampfartigen Bewegungen unterbrochener Muskelparalyse der Tod ein. Endlich kam bei einem Wachtelhunde nach einer Gabe von 0,03 eine Pulsbeschleunigung von 100—110 auf 180—190 in der Minute zu Stande.

Aus 10 bei Kranken angestellten Versuchen folgert P., dass das Aspidospermin entschieden lindernden Einfluss auf dyspnoetische Zustände besonders bei Emphysematikern habe, wenn die Erfolge auch nicht so eclatant sind, als sie bei der Anwendung entsprechender Dosen der Quebrachorinde in der von P. angegebenen Form (Extract von 10 gr der Rinde in 100 gr Spir. rectificatiss., dies in 20 gr Wasser gelöst und theelöffelweise gegeben) beobachtet werden. P. glaubt daher, dass das Aspidospermin nicht der alleinige dyspnoevermindernde Bestandtheil der Quebrachorinde ist, und stützt diese Anschauung durch einen Versuch, indem er aus einem alkoholischen Extract von 250 gr der Rinde das Aspidospermin nach der von Fraude angegebenen Methode darstellte. Er erhielt dabei nur 2 cgr des Alkaloids, eine Menge, die viel zu klein ist, als dass man ihr Dyspnoe vermindernde Wirkung zuschreiben könnte, da die Minimaldosis, in welcher Aspidospermin bei



Erwachsenen sich wirksam zeigt, 5 cgr beträgt. Auch konnte in dem im Handel vorkommenden und in ähnlicher Weise wenn auch schwächer als die Rinde von Aspidosperma Quebracho wirkenden Lignum Quebracho kein Aspidospermin nachgewiesen werden. Unangenehme Nebenwirkungen wurden bei der Darreichung von Aspidospermin in Dosen von 5—8 cgr nicht beobachtet. Anlangend die von den Südamerikanern behaupteten antifebrilen Eigenschaften der Quebrachorinde, so hatten 2 Versuche, bei denen bis zu 0,1 des Alkaloids gegeben wurde, negativen Erfolg, und lässt es P. dahingestellt, ob von grösseren Dosen vielleicht ein besseres Resultat zu erwarten ist. Dagegen zeigte das Aspidospermin antiseptische Eigenschaften, indem es in einer Verdünnung von 1 pro Mille die faulige Zersetzung des Urins verzögerte, ohne die Entwicklung von Bakterien und Schimmelpilzen hintanzuhalten.

Brockhaus (Godesberg).

---

16. **Dr. Desplats, De l'emploi de l'acide phénique comme agent antipyrétique.** Ueber den Gebrauch von Acidum Phenicum als antipyretisches Agens. (L'Union méd. Nr. 118. 1880.)

Dieser Beitrag hat zum Zweck zu zeigen, dass:

1. Das Acid. Phenic. in genügenden Dosen immer bei Fiebernden zeitlich die Temperatur herabsetzt.

2. Diese Herabsetzung erhalten und gesteigert werden kann, durch Geben von neuen Dosen.

3. Die als gewöhnlich toxisch betrachteten Dosen ohne Gefahr überschritten werden können; es giebt Beispiele, dass Kranke mehrere Tage 8, 10 und 12,0 gr Acid. Phenic. genommen haben.

4. Durch das Rectum wird es am besten applicirt, aber nie mehr als 2,0 gr zugleich.

Dieses ist basirt auf 5 Beobachtungen bei Febris typhoidea, 1 Variola, 1 puerperale metro-peritonitis und verschiedene Fälle von Phthisis.

Weiter stützt sich D. auf Experimente an Thieren.

Roux.

---

17. **Voss, über die Behandlung der Psoriasis mit Sublimatbädern.** (St. Petersb. mediz. Wochenschr. 1880. N. 44.)

V. hat fünf Fälle von inveterirter Psoriasis mit Sublimatbädern behandelt und ist in der Lage, diese Behandlungsweise sehr empfehlen zu können. Im ersten Falle 46, im zweiten 32, im dritten 48, im vierten 40 Bäder erforderlich; der fünfte befindet sich noch in Behandlung. Die Bäder wurden womöglich täglich genommen, und zu jedem eine Lösung Hydrarg. muriat. corros. 3,5 und Ammon. muriat. 7,0 verwendet. Die Temperatur war 27—29$^{0}$; die Pat. verweilten von 30—40 Minuten im Bade. Unangenehme Zufälle der Quecksilber-Einwirkung hat V. nie bemerkt. „Resumiren wir die Vortheile dieser Behandlungsweise, so haben wir

1) eine kurze Behandlungsdauer,



2) eine für die Pat. durchaus nicht lästige Behandlungsweise, die jedes Mal nur wenig Zeit in Anspruch nimmt, ihn nicht hindert, seiner Beschäftigung nachzugehen, und

3) was besonders hervorzuheben ist, ungemein reinlich ist."

E. Bardenhewer.

---

18. **Discussion über Vergiftungen mit chlorsaurem Kali.** Sitzungsberichte der k. k. Gesellschaft der Aerzte zu Wien. (Wiener medic. Blätter. No. 46, pag. 1166.)

Dr. Mracek theilt mit, dass er in 70 Fällen pro die 5,0 Kali chlor. in 100,0 Aq. mit 2,0 Aq. laurocerasi gegeben, 10—12, in einem Falle 31 Tage lang. Der Harn wurde heller und reagirte schon am 2. Tage sauer.

Dr. Brenner theilt einen tödtlich verlaufenden Vergiftungsfall mit. Pat. hatte 30,0 Kali chlor. in 12 Stunden genommen. Collabirte; Puls arythmisch; Erbrechen; dünnflüssige Entleerungen schwärzlicher Massen; nach 24 Stunden Harndrang, geringe Menge schwarzen, eiweissreichen Harnes. Der Harn enthält grosse Massen von kleinen, gelbbräunlichen, zusammengeballten Körnchen, wenig Blutkörperchen. Icterische Verfärbung. Sopor, klonische Krämpfe, Tod. Die schwarzen Massen im Harne seien Trümmer von Blutkörperchen, die Anurie sei bedingt durch Verstopfung der Harnkanälchen mit Blutkörperchen.

Prof. v. Bamberger hält die Erscheinungen für die der Haemoglobinurie; die Auflösung der Blutkörperchen sei bedingt durch in der Niere frei werdende Chlorsäure. (Aehnlichkeit der Erscheinungen mit der Vergiftung durch Schwefelsäure.)

Prof. E. Ludwig spricht zuerst über die Wirkungsweise der Mittel, welche den Harn sauer machen. Die Mineralsäuren neutralisiren kohlensauren Ammoniak und hindern die Wirkung der Bacterien und ungeformten Fermente (Musculus); die aromatische Säure (Benzoësäure und Salicylsäure) wirken neutralisirend und fäulnisswidrig. Bei der Benzoësäure kommt ausser der Säure eine Reihe aromatischer flüchtiger Produkte in Betracht. Balsamica wirken 1) durch Harzsäure, 2) durch ätherische Oele, welche (Kingzett) bei Gegenwart von Wasser und Sauerstoff Camphersäure und Wasserstoffhyperoxyd liefern, die in hohem Grade antiseptisch wirken. Die chlorsauren Salze wirken durch hohen Sauerstoffgehalt, durch welchen sie organische Verbindungen oxydiren. Dabei wird die Möglichkeit der Bildung von Chlorsäure in der Niere zugegeben, analog der Bildung von Chromsäure aus ihren Salzen. Binz hat nachgewiesen, dass Eiter, Hefe, Fibrin besonders im Zustande der Fäulniss von chlorsaurem Kali schon in der Blutwärme oxydirt werden, wobei dies in Chlorkalium übergeht; dieselbe Wirkung bestätigt Marchand für Blut und Blutfarbstoffe. Diesen Wirkungen und den der freiwerdenden Chlorsäure fällt die Zerstörung im Körper zur Last; nicht aber dem Kaligehalt, weil das Natronsalz dieselben Erfolge hat.

Prof. Hofmann findet, dass nach Zusatz von Kali chloric. das Blut sich verfärbt und im Spectrum der Streifen des Methaemoglobins (in Roth) auftritt. Nachträglich setzt sich schwärzliches Pigment ab.

**Finkler.**

---



19. **Dr. J. E. Güntz, Furunculosis nach innerlichem Gebrauche von Condurango.** (Vierteljahrsschr. für Dermat. u. Syphilis. 1880. 2. u. 3. Heft. S. 277.)

G. hat über Tausend Kranke mit Decoctum Condurango (100 ad 500) behandelt, welches er in zwei Tagen verbrauchen und 14 Tage bis 3 Wochen lang fortnehmen liess. Bei dieser starken Dosis hat er 20 Mal die Entwickelung von Pusteln und selbst reichlicher Furunceln beobachtet; in einigen Fällen entwickelte sich auch eine akute Acme des Gesichts. Bei geringer Dosis (der vierte Theil der obigen), welche er bei einem zweiten Tausend angewendet hat, ist die Furunculosis nicht beobachtet worden. Die gerühmte Wirkung des Mittels gegen Syphilis kann G. nicht anerkennen.

Doutrelepont.

---

20. **Griswold: Case of Poisoning with homœopathic granules of „Nux“.** Vergiftung durch homöopathische „Nux“-Kügelchen. (N.-Y. Med. Rec. 2. Oktober 1880. S. 374.)

Eine Dame, die gegen Kopfschmerzen eine grosse Anzahl solcher Kügelchen genommen hatte, zeigte deutliche Symptome einer Strychninvergiftung. Da die Arznei während einer Reise gekauft wurde, konnte die Stärke der kleinen Pillen, die übrigens über ein Jahr alt waren, nicht ermittelt werden. G. fand den Geschmack deutlich bitter und glaubt in Folge dessen, dass man nicht an den Prinzipien Hahnemanns festgehalten habe.

Warren.

---

21. **J. von Mering, Ueber die Wirkungen des Quecksilbers auf den thierischen Organismus.** (Arch. für experim. Path. u. Pharm. Bd. XIII. S. 86.)

Verf. stellt sich die Aufgabe, an Thieren die akute und chronische Quecksilberwirkung zu studiren. Bei der Wahl eines passenden Quecksilberpräparates untersuchte Verf. die Verbindungen des Quecksilbers mit Amidosäuren, das Glykokoll-, Asparagin- und Alaninquecksilberoxyd. Es ergab sich bei der Prüfung dieser drei Körper in Bezug auf ihren Gerinnung erregenden Einfluss auf thierisches Eiweiss, dass dieselben weder alkalische noch neutrale Hühnereiweisslösungen fällten. Erst nach mehrstündigem Stehen erzeugte die Asparaginverbindung feine Flockenbildung in der Eiweisslösung, letztere konnte durch Zusatz von 1—2procentiger Kochsalzlösung völlig verhindert werden. Bei Gegenwart von freier Säure fällen die drei genannten Körper Eiweiss, Peptonlösungen werden auch bei neutraler Reaktion gefällt; jedoch verhindert auch hier ein Zusatz von Kochsalz die Fällung.

Die Ergebnisse akuter Vergiftung waren:

1) Bei Fröschen bedingte das Glykokollquecksilber ein Schwinden der willkürlichen und reflektorischen Bewegungen, dann sistirte die Respiration, die Herzschläge wurden zunehmend langsamer und unregelmässiger. Verf. fasst die Gesammtwirkung des Quecksilbers beim Frosche so zusammen, dass er sie als eine allgemein lähmende hin-



stellt, die Lähmung ergreift die central gelegenen motorischen Nervenapparate und die quergestreifte Muskulatur, der Herzmuskel wird am intensivsten ergriffen.

2) Katzen, Hunde und Kaninchen gaben im Wesentlichen bei akuter Quecksilbervergiftung dieselben Symptome. Bald nach der Intoxikation traten profuse, zuweilen blutige Stühle auf mit Tenesmus und starken Schmerzensäusserungen. Zuweilen sah Verf. Erbrechen. Salivation war häufig aber nicht konstant, von 20 Katzen salivirten 14 deutlich, dieselbe Affektion zeigte ein Hund. Die Respirationsthätigkeit war wesentlich modificirt, die Athmung wurde nach der Vergiftung frequenter, unregelmässig, stossweise und zuweilen aussetzend. Daran anschliessend zeigten die Thiere grosse Schwäche und Hinfälligkeit. Zweimal konnte Verf. (bei Katzen) Tremor und Erethismus beobachten, in einem dritten Falle kam es nur zu vermehrter psychischer Erregbarkeit.

Die Erregbarkeit der Muskel wurde gleich nach dem Tode als erhalten konstatirt.

Der Blutdruck sank nach Quecksilbereinfuhr entweder ununterbrochen bis zum Tode oder nach anfänglich geringer Abnahme plötzlich sehr stark.

Der Sektionsbefund nach akuter Vergiftung war, dass konstant intensive Hyperämie der Magen- und Darmschleimhaut, zuweilen hämorrhagische Erosionen derselben beobachtet wurden. Diese Veränderungen zeigten sich am stärksten im unteren Ende des Dünndarms und im Dickdarm. Vereinzelt fanden sich intensive Blutergüsse im Herzmuskel und Zwerchfell, ebenso fand sich zuweilen starke Injektion der Wangenschleimhaut und Ekchymosenbildung in der Blase. Die Leber und Nieren stark mit Blut gefüllt, letzteres dunkel, meist dickflüssig, sonst nicht verändert.

Als Symptome der chronischen Quecksilbervergiftung bei Katzen und Hunden fand Verf.: Stomatitis mit Foetor ex ore, mitunter Salivation, regelmässig Appetitmangel und Durchfall, letzterer meist nach kurzer Zeit blutigschleimiger Natur. Dann treten in der Mundhöhle, an Wangenschleimhaut und Zunge die charakteristischen, langsam zunehmenden Geschwüre auf, es folgen starke Anämie, zunehmende Muskelschwäche, Abnahme der Herzaktion und Tod unter Collapserscheinungen. Zuweilen wurde Tremor und Erethismus beobachtet. Pathologische Erscheinungen in der Respirationsthätigkeit so wie Lähmung wurde bei chronischer Vergiftung nicht beobachtet, wohl aber einigemale Albuminurie.

Die Sektion nach chronischer Vergiftung gibt im Wesentlichen denselben Befund wie die nach akuter Intoxikation, nur alle Veränderungen bedeutend ausgeprägter. Die Hyperämie der Schleimhaut des Tractus ist zur hochgradigen Veränderung dieses Gewebes, zu deutlicher Geschwürsbildung ausgebildet, die Zähne zeigen beginnende Caries.

Zum Schluss seiner Arbeit weist Verf. auf den interessanten Parallelismus in der Quecksilbervergiftung bei Menschen und Thieren hin. Erethismus und Tremor mercurialis wird wie beim Menschen so auch bei Thieren beobachtet; der Umstand, dass Verf. bei seinen Ver-



suchen Thiere nach akuter Vergiftung erethisch werden sah, beweist, dass der Erethismus nicht durch eine fettige Degeneration des Herzens bedingt ist, wie Heilborn annimmt, sondern der Grund dieser Erscheinung in centralen Veränderungen gesucht werden muss. Von den weiteren, bei Menschen und Thieren gleichmässig oder doch nahezu gleichmässig zu beobachtenden Vergiftungserscheinungen betont Verf. noch besonders die Salivation. Da dieselbe bei Thieren ungemein rasch nach der Quecksilbereinfuhr auftritt, so zieht Verf. daraus den Schluss, dass es sich bei der Salivation nicht um eine, durch die Quecksilberausscheidung im Speichel bedingte Reizung der Drüse handele, sondern dass das vom Blute aufgenommene Quecksilber erregend auf die Drüsennerven einwirke, entweder auf das Centrum oder auf die Endigungen derselben.

Subkutane Injektionen von Asparagin- und Glykokollquecksilber riefen beim Menschen eine ungemein geringe örtliche Reaktion hervor, so dass Verf. annimmt, dass in den genannten Verbindungen auch für therapeutische Zwecke vortheilhaft zu verwendende Präparate geboten seien. Schulz.

---

22. **P. Guder, Experimente über die Chinin-Wirkung, insbesondere auf das gesunde menschliche Gehörorgan.** (Diss. inaug. Berlin 1880. 39 Seiten.)

Guder stellte, auf Veranlassung von Weber-Liel eine Reihe von Versuchen am Menschen an, um zu einem Aufschluss zu gelangen über den Einfluss, welchen Chinin auf die Temperatur und das sonstige Verhalten des äusseren Gehörganges ausübt. Das Chinin wurde als salzsaures Salz innerlich genommen, die Temperatur des äusseren Gehörganges durch feine, eingelegte Ohrthermometer (nach Weber-Liel) bestimmt.

Aus 12 Versuchen ergab sich, dass die Temperatur des Ohres durch 1 Gramm Chininum muriaticum in einem Zeitraum von 2—2$^1/_4$ Stunden um 0,4—0,7° C., im Durchschnitt um 0,56° C. herabgesetzt wird. Die Hörfähigkeit für die Uhr und bei einigen der Versuchsfälle auch für die gewöhnliche Sprache wurde im gleichen Zeitraum von der gleichen Chinindosis wesentlich herabgesetzt. Das Minimum der Hörfähigkeit coincidirte mit dem niedrigsten Stande der Temperatur des Ohres.

Entgegen den Angaben Roosa's, die sich auf drei Versuche derselben stützen, fand Verf., dass nach Chiningenuss in den 12 von ihm beobachteten Fällen nicht nur keine Hyperämie des äusseren Gehörganges sich einstellte, sondern dass vielmehr bei 5 Fällen, wo anfänglich stärkere Injection bestanden hatte, dieselbe nach etwa 2$^1/_2$ Stunde deutlich zurückgegangen war.

Die Körpertemperatur nach der einmaligen, oben bemerkten Chinindosis fiel entsprechend der Temperatur des äusseren Gehörganges, und zwar durchschnittlich um 0,5° C., innerhalb 2$^1/_2$ Stunden.

Ein Ansteigen der Körpertemperatur nach der Chininaufnahme wurde in keinem Falle beobachtet.

Gleichzeitige Untersuchung der Pulsfrequenz der einzelnen Versuchspersonen ergab einen negativen Einfluss des Chinins auf dieselbe.



Das Symptom der Gleichgewichtsstörung, Schwindelgefühl trat in 8 Fällen auf, jedoch in variirender Intensität bei den einzelnen Individuen, so dass dieselben zum Theil nur ganz schwach afficirt wurden, zum Theil unfähig waren, mit geschlossenen Augen, ohne zu taumeln, vorwärts zu gehen. Das genannte Symptom wurde $1^1/_2$ Stunde nach dem Genuss des Chinins bemerkbar.

Mehr oder weniger starke Gehörsempfindungen, Sausen, Klingen etc. wurden in 11 Fällen notirt, dieselben traten in $1^1/_4$—$1^1/_2$ Stunde auf und dauerten ziemlich lange an.

Ausserdem führt Verf. noch eine Reihe weiterer subjectiver Erscheinungen, nach dem Chiningenuss entstanden, an: Eingenommenheit des Kopfes und Kopfschmerz, Müdigkeit, Brechneigung, die indess nur in einem Falle in Erbrechen überging, Frösteln bei 4 Personen, Wärmegefühl dagegen nur in einem Falle. Das Tastgefühl war in den Fällen, wo besonders auf sein Verhalten geachtet wurde, herabgesetzt. Appetit und Schlaf zeigten sich nach dem einmaligen Chiningenuss durchaus nicht beeinflusst.

Da Verf. wahrnahm, dass das Maximum der Chininwirkung bereits nach 2—$2^1/_2$ Stunden eintrat, so hält er den Zeitraum von 2—$2^1/_2$ Stunden vor einem Fieberanfall für den möglicher Weise geeignetsten, wenn das Chinin innerlich gegeben werden soll.

Schulz.

---

23. **Prof. Rosenthal, Borsäure gegen Cystitis.** (Wiener med. Blätter 1880. No. 46, p. 1171.)

Die Borsäure ist sowohl bei peripher, als bei central bedingten Blasenkatarrhen und Alkalescenz des Harnes von gutem Erfolg. Darreichung entweder 2,0:100,0 aq. mit etwas Syrup. Esslöffelweise oder 5,0 acid. boric. 20,0 Glycerini, davon 1 Kaffeelöffel in Wasser gelöst Tags über zu verbrauchen.

Gastrische Erscheinungen traten erst bei 10,0—12,0 pro die auf. R. lässt Ausspülungen der Blase machen von einer Lösung von 1,0:20,0 aq.

Finkler.

---

**Berichtigung.**

In Nr. 35 p. 556, Zeile 14 v. o. lies: „Kreise“ statt „Brüche“.

---

## Neue Bücher.

Cadet de Gassicourt, Traité clinique des maladies de l'enfance. Paris, Doin. 11 fr.

Delfeau, Manuel complet des maladies des voix urinaires et des organes génitaux. Paris, Doin. 11 fr.

Grünfeld, Endoskopie der Harnröhre und Blase. Mit 22 Holzschnitten u. 3 Tafeln in Farbendruck. Stuttgart, Enke. 7 Mark.

Kocher, Ueber Schusswunden. Die Wirkungsweise der modernen Kleingewehr-Geschosse. Leipzig, T. C. W. Vogel. 2 Mark 40 Pfg.

Michel, Zur Behandlung der Krankheiten der Mundrachenhöhle und des Kehlkopfes. Leipzig, T. C. W. Vogel. 3 Mark.

---

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.



Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen nebst Titel und Register.

# Centralblatt für KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigirt von

**Dr. H. Rühle,** Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

**Dr. D. Finkler,** Privatdocent und Assistent an der medicin. Klinik in Bonn.

**1880. 4. Dezember. Nro. 37.**

**Inhalt.** Referate: 1. **Oertel**, Ueber die Aetiologie der Diphtherie. — 2. **Herterich**, Ein Fall von Mykosis tracheae. — 3. **Bruglocher**, Variola sine exanthemate. — 4. **Heusinger**, Ein Fall von hysterischer Paraplegie. — 5. v. **Liebig**, Ueber die Bergkrankheit und Indikationen für Höhenkurorte bei Lungenleiden. — 6. **Brügelmann**, Ueber die Wirksamkeit der N-Inhalationen bei Phthise. — 7. **Körting**, Ueber Behandlung grosser pleuritischer Exsudate und der Empyeme durch Punction, Schnitt, Rippenresection und antiseptische Ausspülungen. — 8. **Kühn**, Seltener Fall von Aneurysma des Truncus anonymus. — 9. **Christeller**, Ueber Blutdruckmessungen am Menschen unter pathologischen Verhältnissen. — 10. **Herzka**, Ueber Leukoplakia (Psoriasis) lingualis. — 11. **Fischl**, Ueber einige Ursachen von transitorischer Albuminurie. — **Hermanides**, Die subcutane Injection von Ergotin. — 13. **Lax**, Pilocarpinum muriaticum bei Diphtherie.

1. **Prof. Oertel, Ueber die Aetiologie der Diphtherie.** Vortrag gehalten im Aerztlichen Verein München. (Aerztliches Intelligenzblatt. 1880. 45. 46. 47.)

Der Verf. vertritt seit längerer Zeit die jetzt ziemlich allgemein verbreitete Ansicht, dass die epidemische Diphtherie als eine durch Pilzwucherungen hervorgerufene, erst lokalisirte, später allgemein werdende Infektionskrankheit aufzufassen sei, dass also die allgemeine Infektion nicht primär auftrete, sondern von der örtlichen bedingt und unterhalten werde. Die Uebertragung der Diphtherie ist an zwei Faktoren geknüpft, den Krankheitserreger, einen spezifischen Infektionsstoff, und die individuelle Disposition, die günstigen Bedingungen für Haftung und Vermehrung des Krankheitskeims. Unter den dispositionellen Verhältnissen spielt erstlich das Alter eine wichtige Rolle. Die Krankheit ist im zweiten bis vierten Lebensjahre am häufigsten; das jüngste Kind aus der Beobachtung des Verf.'s war ein Knabe von 4 Monaten. Nach dem Bericht des englischen statistischen Amtes treffen von tausend tödtlich verlaufenen Fällen 90 auf Säuglinge, 450 auf Kinder im zweiten bis fünften Jahre, 260 auf solche bis zum zehnten Jahre, 90 auf Kinder im zehnten bis 15. Jahre, 50 auf Individuen vom 15. bis 25., 35 bis zum 45. Jahre und 25 Fälle auf Aeltere. Die Wahrscheinlichkeit des tödtlichen Ausganges der Diphtherie ist jenseits des zehnten Lebensjahres erheblich geringer als in jüngerem Alter, theils weil die Krankheit an sich bei Erwachsenen nicht die hohe Intensität wie bei Kindern erreicht, theils weil sie



weniger die Tendenz zeigt, nach der Continuität der Schleimhaut sich auf Kehlkopf und Luftröhre und auf Nasenrachenraum und Choanen auszubreiten. Die Ursachen der im jugendlichen Alter gesteigerten Disposition findet O. vornehmlich in der grösseren Verletzlichkeit und Erregbarkeit der kindlichen Gewebe. Abgesehen von dem Einfluss des Alters ist sodann mit einer persönlichen Disposition zu rechnen, welche durchaus nicht bei allen Individuen gleichen Alters die gleiche Höhe hat. Nach O. wird die Disposition nicht selten durch konstitutionelle vererbbare Verhältnisse, welche — wie die Skrophulose — mit einer grossen Neigung zu katarrhalischen oder auch phlegmonösen Erkrankungen der Nase, des Rachens und der Luftwege einhergehen, erheblich gefördert; desgleichen durch die Einflüsse des s. g. künstlichen Klima's (der Wohnräume), durch verdorbene Athemluft und mangelnde Abhärtung, welchen Momenten der Vf. indess nicht die hohe Bedeutung beilegt wie Krieger, welcher hauptsächlich diese Letzteren für die Entwickelung der individuellen Disposition verantwortlich macht. Erwachsene seien nicht ganz selten vollkommen immun gegen Diphtherie, Andere nur zu gewissen Zeiten, da sie unter denselben Infektionsbedingungen, denen sie einmal widerstanden, ein ander Mal erkrankten. Häufiger noch sei eine verschieden hohe Disposition an den verschiedenen Abschnitten der Respirationsschleimhaut zu konstatiren; nicht selten werde an Orten, wo Diphtherie epidemisch ist, Diphtherie des Kehlkopfs und der Luftröhre als genuiner Croup verzeichnet. Was den Einfluss der Jahreszeiten betrifft, so scheinen in allen Gegenden, von welchen statistische Nachrichten vorliegen, die Todesfälle an Diphtherie in solchen Monaten sich zu häufen, in welchen auch die entzündlichen und katarrhalischen Erkrankungen der Athemorgane vorwalten. Doch ist es bekannt, dass die Epidemien im Einzelnen nicht selten weder durch Hitze noch Kälte, weder durch Regen noch durch Dürre eingeschränkt werden und an manchen Orten mit gleicher Heftigkeit zu verschiedenen Jahreszeiten auftreten. Uebrigens scheint die lediglich im Rachen lokalisirte, durch Sepsis und Gangrän tödtende Form der Diphtherie im Süden häufiger vorzukommen als im Norden, wo die diphtherischen Erkrankungen des Kehlkopfs und der tieferen Luftwege ein relativ höheres Contingent stellen.

Die Verbreitung der Krankheit geschieht durch Contagion. Der Infektionsstoff ist in den diphtherischen Belägen sowie im Mundschleim und Speichel enthalten, nach allgemeiner septischer Infektion auch im Blute und den übrigen Geweben. Er ist durch Berührung von Kranken sowie durch die Luft übertragbar und haftet an festen Gegenständen in der Umgebung des Kranken, welche die Ansteckung vermitteln können. Während übrigens die Verbreitung der Diphtherie meistens eingeschränkter ist und nicht so leicht erfolgt wie diejenige der exanthematischen Fieber, zeichnet ihr Contagium sich durch die Zähigkeit aus, mit welcher es an einzelnen Orten, Häusern, Stockwerken haftet. — Träger des Contagiums sind Spaltpilze, welche in den Krankheitsprodukten in grösster Menge sich vorfinden. Die anatomischen Veränderungen, welche die Pilze hervorrufen, sind nach dem Verf. lediglich Folgen einer Entzündung mit Faserstoffexsudat, durch welche das Eindringen der Pilze in die Tiefe, in die Saftkanäle be-



hindert werde. Es sei demnach als therapeutischer Missgriff zu bezeichnen, die diphtherischen Beläge mechanisch zu entfernen, weil hienach die allgemeine Infektion des Organismus von den verletzten Stellen der Schleimhaut aus nur erleichtert werde. Die Heilung erfolgt theilweise durch die fortschreitende Eiterung, theilweise durch die Veränderungen, welche die spezifischen Pilze schliesslich durch den eigenen Vegetationsprozess und die Bildung von Zersetzungsprodukten auf der Schleimhautoberfläche und in den Membranen erleiden. Endet die Krankheit tödtlich, so ist entweder die in die tieferen Luftwege fortschreitende Entzündung und Suffokation die Ursache des Todes, oder es war durch die nicht beschränkte bakterielle Infektion des Blutes (Aufnahme von Pilzen und Zersetzungsstoffen) Septichämie entstanden. Nach den experimentellen Erfahrungen des Verf.'s bildet der thierische Organismus den besten Culturapparat für die diphtherischen Pilze. Die Impfung sei die beste Methode für die Reinerzeugung derselben; Gemenge der Diphtheriepilze mit anderen Pilzarten, in den thierischen Körper inokulirt, geben nur zur Entwickelung der Ersteren Veranlassung, während die anderen zu Grunde gehen. Die ausserordentliche vitale Energie der diphtherischen Bakterien ist ihr wesentlichstes Charakteristicum andern sonst ähnlichen Pilzformen gegenüber, wobei nur festzuhalten, dass diese Spezifität (wie vermuthlich auch diejenige anderer Pilze, vergl. Buchner, dieses Centralbl. S. 129) wesentlich durch ihr Nährmaterial, resp. durch die hierin in Folge der Pilzvegetation entstandenen Zersetzungsstoffe bedingt ist und unter veränderten Ernährungsbedingungen verloren werden kann. Unter der geringeren oder grösseren individuellen Disposition sind demnach solche anatomische und physiologische Verschiedenheiten der inficirten Gewebe und der Individuen überhaupt zu verstehen, welche die Haftung und Vermehrung der Pilze und die allgemeine Infektion durch dieselben zu beeinflussen vermögen. Es hängt aber die Schwere des Einzelfalles nicht allein von der Höhe der Disposition, sondern auch von der Energie (und Zahl) der spezifischen Pilze ab, indem solche, die von einem günstigen Nährboden stammen, eine schwerere Krankheit hervorzurufen geeignet sind als andere, deren Lebensfähigkeit durch verschiedene Umstände, chemische Stoffe, medicamentöse Einwirkungen herabgesetzt worden ist. Diese Verhältnisse ermöglichen auch eine Deutung für die eigenthümliche Thatsache, dass bei Reihenimpfungen durch Uebertragung der Diphtherie von einem Thier immer wieder auf ein anderes die letzten Fälle meistens zu den hochgradigsten gehören, womit die Erfahrung harmonirt, dass von mehreren Fällen, die innerhalb einer und derselben Familie durch Ansteckung nach einander auftreten, die zeitlich letzten meistens am intensivsten verlaufen.

Um sporadische Fälle von Diphtherie zu erklären, sind zwei Möglichkeiten gegeben. Entweder haben die Diphtheriepilze ausserhalb des Menschen, obwohl von einem Kranken stammend, in irgend einem Staube ihre spezifische Energie bewahrt, bis sie in ein disponirtes Individuum gelangten; oder es kann der spezifische Infectionsstoff lange Zeit in einem Menschen, dem er zugetragen war, latent bleiben, bis er entweder unter Andauer der für seine Vermehrung ungünstigen Bedingungen zu Grunde geht, oder aber, wenn durch irgend welche



Schädlichkeiten die individuelle Disposition ausgelöst wird, die Krankheit hervorruft. — Die Dauer der Incubation (bei vorhandener Disposition) wird auf 2—5 Tage berechnet. Wolffberg.

---

2. **Herterich** (Würzburg), **Ein Fall von Mykosis tracheae.** (Aerztliches Intelligenzblatt. 1880. No. 43.)

Ein junger wohlgenährter Pharmaceut litt an einem subakuten Rachenkatarrh mit geringer Sekretion. Im Sputum fanden sich in Zwischenräumen von 8—10 Tagen kleine Partikel von grauer Farbe und fast knorpeliger Konsistenz. Mikroskopisch erwiesen sich die Letzteren als in reichlicher Proliferation befindliche Pilzmassen und zwar ausschliesslich als Eurotium aspergillus. Nasen-, Mund- und Rachenhöhle des Pat. waren frei von Schimmelpilzen; Lungenbefund normal. Die laryngoskopische Untersuchung ergab normale Verhältnisse im Larynx, dagegen war die Schleimhaut der Trachea allenthalben stark injicirt, besonders intensiv geröthet und seicht excoriirt an einer kleinen Stelle der vorderen Peripherie in der Höhe des 6.—8. Knorpelringes. Es konnte nachgewiesen werden, dass hier die Pilzmassen als graue Flecken sich bildeten und durch Husten von hier entfernt wurden. Nachdem Inhalationen von 3%iger Carbollösung vergeblich angewendet waren, brachte die während 14 Tagen dreimal täglich einige Minuten lang vorgenommene Einathmung von Joddämpfen definitive Heilung zu Stande. — Eine analoge Beobachtung über Schimmelwucherung in den oberen Luftwegen bei Integrität der Lungen ist bisher nicht bekannt geworden. Wolffberg.

---

3. **Bruglocher** (Schwabach), **Variola sine exanthemate.** (Aerztliches Intelligenzblatt. 1880. No. 44.)

Ausser der bösartigen Form der Variola sine exanthemate, in welcher die Kranken unter hohem Fieber noch im Stadium prodomorum zu Grunde gehen, gibt es Pockeninfectionen ohne Exanthem, welche wegen der (durch Impfung oder Durchseuchung) herabgesetzten individuellen Disposition schnellen gutartigen Verlauf nehmen. Der Verf. hat zwei solcher Fälle in einem Krankenhause beobachtet, in welches ein (ungeimpfter) Blatternkranker aufgenommen worden war. Von drei Personen, welche durch diesen Kranken hätten angesteckt werden können, befand eine sich im letzten Stadium der Phthisis; die beiden andern erkrankten gleichzeitig zwölf Tage nach dem Eintritt des ersten Pockenkranken an leichtem Fieber, Kopf- und Rückenschmerzen und Verdauungsstörungen; beide waren vier Tage später wieder fieberfrei. Der eine Kranke war ein 19jähriger, in der Jugend geimpfter Mann, der andere, 37 Jahre alt, vor 9 Jahren mit Erfolg revaccinirt worden. Wolffberg.

---

4. **Heusinger, Ein Fall von hysterischer Paraplegie.** (Berliner klinische Wochenschrift. 1880. No. 42.)

In einem Fall von nahezu vollständiger motorischer Lähmung und starker Herabsetzung der Sensibilität an beiden Unterextremitäten, welche, wie aus den begleitenden übrigen Symptomen und einer längeren Beobachtung des betreffenden Kranken unzweifelhaft hervorging, hysterischer Natur waren, gelang es H., durch Einspritzung von Strychn. sulf., anfangs 0,002, später 0,005 jeden dritten Tag abwechselnd in die Oberschenkel, den Rücken und das Abdomen, vollständige Heilung herbeizuführen.

Brockhaus (Godesberg).

---

5. **G. v. Liebig, Ueber die Bergkrankheit und Indikationen für Höhenkurorte bei Lungenleiden.** (Vortrag gehalten in der zweiten öffentlichen Versammlung der balneologischen Section der Gesellschaft für Heilkunde in Berlin.)

L. bespricht zunächst den Symptomencomplex der Bergkrankheit. Während schon in mittlerer Höhe bis zu 3000 m entsprechend einem Luftdruck von etwas über 500 mm Puls und Athmung beschleunigt sind, treten eigentliche Beschwerden meist erst in einer Höhe von 4000 bis 4500 m ein. Das Athmen wird mühsam, kurz, das Luftbedürfniss kann kaum befriedigt werden; in der Anschwellung der oberflächlichen Adern und der cyanotischen Färbung der Haut macht sich eine Ueberfüllung des venösen Systems deutlich bemerkbar; dazu treten schliesslich Störungen des Befindens, Schmerz und Eingenommenheit des Kopfes, Schläfrigkeit, Kälte der Extremitäten, Unfähigkeit zu starker Anstrengung, verzagte Stimmung etc. Ruhe bessert, Bewegung verschlimmert die Beschwerden. Diese Symptome, die im wesentlichen den Erscheinungen gleichen, welche bei einer Verminderung des arteriellen Blutes einzutreten pflegen, verschwinden bei längerem Aufenthalt in der Höhe allmählig, sofort aber, sobald man tiefer gelegene Orte aufsucht, und sind dieselben als die Folge des verminderten Luftdruckes anzusehen. Anlangend nun die Art und Weise, in welcher Letzterer die besprochenen Erscheinungen hervorruft, so hat nach L. die Verdünnung des Sauerstoffs der Luft daran den allergeringsten Antheil. Vielmehr kommt hier hauptsächlich die mechanische Wirkung, mit welcher der Luftdruck bei dem Vorgang des Athmens sich betheiligt, in Betracht. Da bei der Ausdehnung der Lungen während der Einathmung der Luftdruck eine wesentliche Rolle spielt, so ist es verständlich, dass Verringerung des Letzteren eine Vergrösserung der Inspiration herbeiführt, indem der geringere Luftdruck die Lungen nicht so rasch ausdehnt, als der höhere. Die Dauer der Exspiration wird abgekürzt, indem der verzögernde Widerstand, welchen die Dichte der Atmosphäre der aus den Lungen ausströmenden Luft entgegensetzt, mit der Verminderung des Luftdrucks abnimmt, und zwar ist nach L. das Verhältniss, in welchem die Geschwindigkeit der Ausathmung zunimmt, ein viel grösseres als das Verhältniss, in welchem die Einathmung verzögert wird. Es resultirt also eine verminderte Athemtiefe und eine verkürzte Ausathmung.

Dadurch wird einerseits der Gasaustausch gehemmt, andererseits die Blutbewegung durch die Lungen verlangsamt, indem in Folge der Herabsetzung der Lungenspannung der sog. negative Druck im Pleuraraume abnimmt, von welchem in Verbindung mit dem Luftdruck die Strömung des Venenbluts zum Herzen abhängt. Das Endresultat ist eine Blutenhäufung im venösen und eine Leere im arteriellen System, wodurch sich die Symptome der Bergkrankheit genügend erklären lassen. Anknüpfend an diese Betrachtungen bespricht L. die Indicationen für Höhenkurorte bei Lungenleiden. Emphysem und alte Bronchialkatarrhe sind von vornherein ausgeschlossen, da in solchen Fällen ohnehin kürzeres Athmen und eine Ueberfüllung im Venensystem besteht. Dagegen sind indicirt jene Fälle von chronischen, oft zur Schwindsucht führenden Lungenleiden, bei denen die Krankheit durch Blutstauungen in den Lungen, wenn nicht bedingt, so doch gefördert wird. L. erinnert an die Untersuchungen von Beneke, der bei einer Reihe von Phthisikern die Arteria pulmonalis weiter als die Aorta, kein dem normalen entgegengesetztes Verhältniss, fand; auch das Herz war in vielen Fällen zu klein. Es ist klar, dass unter diesen Bedingungen Blutstauungen in der Lunge sehr leicht entstehen können, und zwar würden dieselben zunächst in den weniger bewegten Theilen, den Spitzen, auftreten und deren Veränderungen bewirken. Wäre es nun möglich, den Blutzufluss zu den Lungen auf längere Zeit auch nur in geringem Grade zu vermindern, wie dies den obigen Erörterungen gemäss beim Aufenthalt an Höhenkurorten der Fall zu sein scheint, so würde es unter Umständen gelingen, die durch die Stauung geschaffenen Veränderungen ihrer Rückbildung entgegenzuführen. In Fällen, wo nicht gleichzeitig eine Verengerung der Aorta oder ein kleines Herz vorhanden sind, würde sich die Anwendung eines erhöhten Luftdrucks erfolgreich erweisen. In Praxi gelingt es allerdings nicht, ein zu kleines Herz und eine zu enge Aorta durch die Percussion zu diagnosticiren, dagegen lassen sich Anhaltspunkte finden einmal in dem sog. phthisischen Habitus, bei dem die erwähnten Anomalien öfters beobachtet werden und dann in dem Verhalten des Pulses, wie dies L. unter Zugrundelegung einiger Curven des näheren erläutert.

Brockhaus (Godesberg).

---

6. **W. Brügelmann, Ueber die Wirksamkeit der N-Inhalationen bei Phthise.** (Vortrag gehalten in der zweiten öffentlichen Versammlung der balneologischen Section der Gesellschaft für Heilkunde in Berlin.)

Nach B. ist bei den N-Inhalationen das Hauptgewicht nicht auf die Vermehrung des N, sondern auf die Verminderung des O zu legen. Er empfiehlt dieselben hauptsächlich bei drei Krankheitszuständen. Bei den stark erethischen Zuständen der Bronchialschleimhaut mit besonderer Neigung zur Haemoptoe kommt der Umstand hauptsächlich in Betracht, dass dem Kranken durch die N-Inhalationen eine O-ärmere, also reizlosere Luft geboten wird; bei der eitrigen Broncho-Pneumonie wirken die Letzteren dadurch, dass die Kranken gezwungen werden, um aus der O-armen Luft ihren Bedarf an O aufzunehmen,



tiefe Athemzüge zu machen, wodurch Expectoration des vorhandenen Eiters und Schleims angeregt wird; in ähnlicher Weise ist auch der Effect der N-Inhalationen bei pleuritischen Exsudaten zu erklären, indem durch die tieferen Athemzüge die Resorption dieser Letzteren, sowie die mechanische Lockerung von Verwachsungen begünstigt wird. B. glaubt auch die günstige Wirkung der Höhenkurorte und des Südens bei phthisischen Zuständen zum grossen Theil auf Rechnung der O-Armuth der reizlosen, weil im ersteren Falle sehr reinen, im zweiten gleichmässig warmen Luft setzen zu müssen.

Brockhaus (Godesberg).

---

7. **Dr. Körting, Ueber Behandlung grosser pleuritischer Exsudate und der Empyeme durch Punction, Schnitt, Rippenresection und antiseptische Ausspülungen.** (Deutsche militärärztliche Zeitschrift. 1880. Heft 7, 8 u. 9.)

Verf. stellte in einer genauen und sehr ausführlichen Arbeit die z. Z. bestehenden Ansichten über die operative Behandlung pleuritischer Exsudate zusammen und verwerthete dabei 17 Fälle aus dem Civil und 58 Fälle aus der Armee, in welcher letzteren die operative Behandlung erheblich zugenommen hat. 1869 wurde sie 2 mal, 1879 40 mal gemacht. Verf. zieht aus seiner Darstellung folgende Schlusssätze.

1) Die Behandlung der fibrinoserösen Exsudate ist streng von der der Empyeme zu trennen.

2) Es giebt kein unfehlbar sicheres diagnostisches Zeichen, aus dem die Natur eines Ergusses zu erkennen wäre, mit Ausnahme des Ergebnisses der Probepunction.

3) Dieselbe ist somit als Explorativmittel nicht zu entbehren, aber so zu machen, dass sie unmittelbar als Curativmittel zu verwerthen ist.

Fibrinoseröse Exsudate. 4) Die Punction ist indicirt:

a. Bei unmittelbarer Indicatio vitalis durch suffocatorische Dyspnoë.

b. Bei mittelbarer Indicatio vitalis, welche durch das Vorhandensein eines, den ganzen Pleurasack ausfüllenden Ergusses an sich gegeben ist, ohne Rücksicht auf die Zeit des Bestehens.

c. Bei Indicatio curativa durch Ausbleiben der Resorption, auch bei Ergüssen mittlerer Grösse; in diesem Falle jedoch ohne zwingende Gründe nicht vor Ende der dritten Krankheitswoche.

5) Fieber contraindicirt die Operation nicht.

6) Bei serösen Ergüssen infolge secundärer Pleuritis ist nur die Indicatio vitalis im Sinne von 4 a und b maassgebend.

7) Die Punction ist innerhalb der, nach Tutschek's Manier (S. 330) zu bestimmenden Oertlichkeit zu machen; die Thoraxregion ist irrelevant, sofern man der serofibrinösen Natur des Exsudats sicher ist.

Tutschek punctirte im inneren Dämpfungsbezirk von der linea axillaris nach hinten.

8) Antiseptische Cautelen sind geboten.

9) Das beste Instrument für die Ausführung der Punction ist ein capillarer Troicart, der eine Vorrichtung besitzt, durch Vorstossen des



Stilets Verstopfungen zu heben, ohne die Operation unterbrechen zu müssen.

10) Luftzutritt muss absolut vermieden werden.

11) Die Entleerung des Exsudates durch Punction mit Aspiration übertrifft bei vorsichtiger Ausführung jede andere Operationsweise. Sie giebt auch die vollkommenste Sicherung gegen Luftzutritt.

12) Es darf nur ein Theil des Exsudates, und zwar

13) sehr langsam entfernt werden.

14) Ueble Zufälle bei der Operation werden durch sehr genaue Beobachtung der sub 7—13 aufgeführten Punkte mit grosser Sicherheit vermieden.

15) Eitrigwerden des Exsudats ist zu erwarten, wenn bei der Punction eine flockig seröse Flüssigkeit entleert wird, ebenso, wenn Complicationen bestehen. Da diese Umwandlung aber auch die Folge von Punction mit nicht genügend desinficirten Instrumenten sein kann, so ist besondere Sorge auf die sicher antiseptische Beschaffenheit derselben zu legen.

16) Die Wiederholung der Punction ist bei Wiederansteigen des Exsudats ungesäumt zu machen.

Unter den Armee-Fällen wurden von 52 uncomplicirten Fällen 96 % geheilt, davon 32 % wieder dienstfähig, 30,7 % mit, 65 % ohne erhebliche Deformität entlassen und zwar nach durchschnittlich 2,9 Monaten Behandlung. Eine Tabelle von nicht operirten Fällen zeigt, dass Behandlungsdauer und die Anzahl der mit Deformität geheilten eine grössere ist. Von 72 mit Aspiration punctirten serösen Ergüssen wurde einer eitrig, während von 35 ohne Aspiration beseitigten Ergüssen 5 = 14% eitrig wurden.

In Bezug auf Empyeme kommt er zu folgenden Schlusssätzen:

Empyeme. 17) Resorption eines Empyems ist nicht zu erwarten, wohl aber eine Reihe von schweren Allgemeinstörungen, welche in dem Bestehen des Empyems begründet sind.

18) Von den Spontandurchbrüchen des Empyems — durch die Bronchien oder Haut — bietet nur die sogenannte insensible Perforation der Lungenpleura günstige Chancen für die Heilung.

19) Da der Eintritt dieses einzigen günstigen Modus nicht beeinflusst werden kann, so ist ausnahmslos jedes Empyem zu operiren, und zwar

20) sowie es festgestellt ist (2 und 3).

21) Darin liegt bereits, dass Empyema necessitatis und Indicatio vitalis nicht abzuwarten sind, und ferner

22) dass das Erscheinen der Perforation unter der Haut als ein Zeichen gelten muss, dass der rechte Zeitpunkt für die Operation versäumt ist.

23) Contraindicationen giebt es im Allgemeinen nicht. Doch können Complicationen, in specie die Tuberkulose, eine Contraindication gegen die Radicaloperation darstellen.

24) Als Ort für die Radicaloperation ist die Gegend zwischen lin. axillaris und scapularis zu wählen. Die Höhe des Schnitts wird durch die untere Grenze des Thorax bestimmt und ist rechts mindestens 8, links 5 cm oberhalb derselben anzunehmen. Emp. necess. darf



nur dann am Orte der Perforation operirt werden, wenn derselbe für die Nachbehandlung günstig liegt. Auch in diesem Falle muss der Schnitt bis in den Thorax geführt werden.

25) Chloroform ist in der Regel nicht zu entbehren.

26) Die antiseptischen Cautelen sind vor, während und nach der Operation mit peinlicher Genauigkeit zu beachten. Der Spray kann bei der Incision des perforirten, jauchigen Pyopneumothorax wegbleiben.

27) Bei uncomplicirtem, frischem Empyem ist die Punction mit Aspiration gestattet. Dieselbe ist, nach den günstigen Erfahrungen in dieser Hinsicht, bei Wiederansteigen des Exsudates mehrmals zu wiederholen, sofort aber durch die Radicaloperation zu ersetzen, wenn andere Zeichen auf beginnende pyaemische Infection des Kranken hinweisen, wenn kein Abfall des Fiebers erreicht wird und wenn der Stichkanal sich wieder öffnet. Für die Ausführung der Punction bleibt No. 9—13 maassgebend.

28) Jauchige Empyeme, solche von längerem Bestande und bei älteren Individuen contraindiciren die Punction.

29) Die primäre Anlage zweier Oeffnungen ist nicht erforderlich.

30) Grundsatz jeder Nachbehandlung ist Verhütung der Stagnation des Eiters und Offenhalten der Thoraxfistel bis zur vollständigen Obliteration der Empyemhöhle.

31) Die Technik der Nachbehandlung steht heute wieder weniger fest, wie bis 1878. Den ausgezeichnet guten Resultaten, welche die vorsichtig ausgeführten antiseptischen Ausspülungen aufzuweisen haben, sind in allerneuester Zeit so auffallend gute Erfolge mit dem typisch Lister'schen Occlusivverband ohne Ausspülungen entgegengestellt worden, dass es dringend geboten erscheint, mit einem bestimmten Urtheil zurückzuhalten, bis die letztere Methode über ein reichhaltigeres Material zu verfügen hat. Prüfung derselben ist um so mehr geboten, je mehr es erwiesen ist, dass die Ausspülungen unter Umständen bedeutende Gefahren mit sich führen können.

32) Für die Nachbehandlung mit Ausspülungen ist die Methode von Fraentzel, für die ohne solche die von König maassgebend. Die Modification von Heinzel erscheint dabei beachtenswerth.

Fräntzel führte durch die Incisions-Oeffnung 2 elastische Katheder ein und während durch den einen injicirt wird, wird durch den andern aspirirt. König spülte höchstens einmal mit 5% Carbollösung aus, und legte sonst einen Lister-Verband um. Heinzel leitet das Wundsecret durch ein langes Gummirohr ab. Dasselbe geht durch den antiseptischen Verband hindurch und entleert das Secret in Carbollösung.

33) Bestehende oder eintretende Putrescenz contraindicirt das Occlusivverfahren, und verlangt tägliche, mehrfache, sicher desinficirende Ausspülungen, bis die Sepsis beseitigt ist.

34) Angesichts der Gefahren, welche eine plötzliche Drucksteigerung in der Thoraxhöhle mit sich bringt, ist jede Methode der Ausspülungen zu verwerfen, welche zu ihrer Ausführung den hermetischen Verschluss der Thoraxfistel in der Umgebung der Canüle erfordert.

35) Die Drainage ist ein wesentlicher Theil der Nachbehandlung. Doch ist das Einführen des Drains bis tief in die Thoraxhöhle nicht

erforderlich. Es genügt das Einlegen einer passenden Canüle oder eines festen Drainrohres, welche die Thoraxfistel in der ganzen Dicke ihrer Wand offen erhalten.

36) Bei Verengerung der Thoraxwunde vor Schluss der Pleurahöhle giebt es kein sichereres Mittel, Stagnation und Putrescenz des Secrets, sowie den Ausgang in bleibende Fistelbildung zu verhüten, als die Rippenresection, vielleicht am besten gleich mit Anlage einer Gegenöffnung. Dieselbe ist in solchen Fällen ohne Verzug vorzunehmen.

37) Die Rippenresection ist zugleich das beste Mittel, eine Verkleinerung des Thoraxraumes herbeizuführen, wenn die Accommodirung der Lunge, der anderen Weichtheile und der Rippen wegen Verwachsungen und Verlust der Elasticität dazu nicht ausreicht.

38) In diesen Fällen ist in der Regel mehr als eine Rippe zu reseciren.

39) Dagegen erscheint die primäre Rippenresection nur erforderlich, wenn es sich um die Herausnahme von Rippensplittern handelt, oder wenn die Rippen übereinander geschoben sind, oder der Thorax bereits seine Elasticität verloren hat.

40) Bei chronischer Eiterung und Torpidität der Granulationsbildung sind reizende Injectionen indicirt, sofern das Ausbleiben der Heilung nicht von Behinderung des Secretabflusses abhängt. In diesem Falle ist nach 36) zu verfahren.

Bartold.

---

8. **Dr. G. Kühn, Seltener Fall von Aneurysma des Truncus anonymus.** Aus der medicinischen Klinik zu Greifswald. (Wiener med. Blätter 1880. No. 25 und 46, p. 1134 ff.)

Die Mittheilung behandelt einen Fall, in welchem intra vitam aus den physikalischen Erscheinungen die Diagnose eines Aneurysma nicht mit Bestimmtheit gestellt werden konnte. Patient hustet und wirft aus seit langer Zeit. Während der letzten 2 Wochen hat er öfters Erstickungsanfälle gehabt.

Status praesens: „Patient von kräftiger Statur; Knochenbau sowie Muskulatur gut entwickelt. Im Gesicht ausgeprägte Cyanose, einzelne Venen des Halses und an der Brust als erweitert hervortretend. Spitzenstoss des Herzens nicht sicht- und fühlbar. Die Percussion des Herzens ergibt eine undeutliche kleine Dämpfungszone in Folge von Ueberlagerung des Herzens durch emphysematisch ausgedehnte Lungenpartien. Herztöne an allen Ostien rein, schwach hörbar. Die Respiration ist offenbar behindert, zuweilen abwechselnd mit asthmatischen Attaquen. Bei der Inspiration dehnt sich der Thorax rasch, im Ganzen aber nur wenig aus; die Intercostalräume sinken ein, das Zwerchfell macht eine geringe Excursion nach oben statt nach unten. Die Bewegungen des Kehlkopfes bei der Respiration sehr gering. Die Inspiration wird begleitet von einem zischenden Stenosengeräusch. Der Lungenschall überall normal, Athmungsgeräusch durch Stridor fast völlig verdeckt. Während der Inspiration Pfeifen, Giemen und Rasseln über die ganze Lunge verbreitet. Die Stimme durchaus heiser, ebenso der Husten. Die Expectoration erfolgt mühsam, unter mässig starker



Luftverschwendung. Frequenz der Respiration 14, des Pulses 80. Sonst bot der Patient keine abnormen Erscheinungen dar. Der Urin ohne fremde Bestandtheile."

Laryngoskopisch: „Compression der Trachea mit Verschiebung derselben nach links durch einen Tumor, welcher die Weichtheile der rechten Supraclaviculargegend stärker hervortreten lässt, Druck auf den N. recurrens dexter, Cadaverstellung des rechten Stimmbandes. Intensiver Catarrh der Bronchien, des Larynx mit Oedem in der regio hypoglottica. Parese des linken Stimmbandes, wahrscheinlich durch den bestehenden Catarrh des Larynx bedingt."

Schmerzen oder Dysphagie nie bemerkt. In einer Nacht musste wegen grosser Athemnoth Tracheotomie gemacht werden. Erfolg nur vorübergehend, Lungenödem, Tod.

Section: Hypertrophie des linken Ventrikels ohne Dilatation: Klappen intact. „Das Ostium aortae ist von normaler Weite. Dicht über demselben beginnt eine diffuse Erweiterung der Aorta ascendens. Der Arcus aortae ist weniger stark ausgedehnt. Das Lumen der A. anonyma zeigt sich erweitert, lässt aber den kleinen Finger nicht passiren. Sofort oberhalb ihrer Abgangsstelle findet sich ein sackförmiges Aneurysma, an dessen hinterer Seite der Truncus anonymus als Halbrinne verläuft mit seiner Theilung in Carotis und Subclavia dextra. Demnach stellt das Aneurysma eine sackförmige Ausbuchtung der vordern Wand der A. anonyma dar. Einzelne Stellen der Innenfläche sind mit einer dünnen Lage von Fibringerinnseln bedeckt. An Grösse ist es einer Kinderfaust vergleichbar. Carotis und Subclavia dextra erscheinen gleichmässig erweitert, allerdings nur in geringem Grade."

Die Hypertrophie des Herzens konnte nicht diagnosticirt werden, weil dieses von Lunge überlagert. Geräusche existirten nicht, dieselben scheinen auch nur unter bestimmten physikalischen Bedingungen einzutreten. Pulsation mit Ausdehnung der Geschwulst fehlen vollständig. Die Radialpulse waren gleichmässig stark und isochron. Die Erscheinungen von Seiten der Trachea und des geschädigten recurrens dexter konnten nur auf eine Geschwulst zurückgeführt werden, ohne für deren Charakter etwas kund zu geben.

Finkler.

---

9. **P. Christeller, Ueber Blutdruckmessungen am Menschen unter pathologischen Verhältnissen.** (Inaug.-Diss. Berlin 1880. 45 Seiten.)

Christeller hat mit dem, von v. Basch construirten Sphygmomanometer eine Reihe von Blutdruckmessungen am Menschen vorgenommen. Seine Beobachtungen zerfallen in zwei Abtheilungen, er mass nämlich den Blutdruck einmal bei solchen Personen, welche mit Anomalien des Circulationsapparates (insbesondere Herz- und Nierenkrankheiten) behaftet waren, dann aber bestimmte er auch die Schwankungen des Blutdrucks nach Einfuhr von toxischen Substanzen, insbesondere nach Morphiumapplikation. Als mittleren Werth des Blutdrucks beim Gesunden fand C. 100 und 130 mm des Quecksilbermanometers; die Grenzwerthe, durch Einflüsse hervorgerufen, welche noch innerhalb physiologischer Verhältnisse lagen, waren 70 und 150 mm Quecksilber.



Fall 1. Insufficienz der Mitralis, ziemlich gut compensirt. Blutdruck schwankt zwischen 80 und 102, steht also der unteren Grenze nahe. Im weiteren Verlauf, als sich starke Dyspnoe eingestellt hatte, sank der Blutdruck auf 70—80. Es wurde Digitalis gereicht, worauf der Blutdruck in den folgenden Tagen bis schliesslich auf 120 anstieg, ohne dass indess wesentliche Besserung eintrat. Als nach einiger Zeit wiederum Digitalis gegeben werden musste, stieg der Druck innerhalb 4 Tagen auf 140. Den Hebungen und Senkungen des Blutdrucks analog verhielt sich die Pulsfrequenz.

Fall 2. Insufficienz der Aorta und Mitralis, höchste Compensationsstörung. Starke Druckschwankungen bei ziemlich konstanter hoher Pulsfrequenz. Digitalis hatte ein deutliches Ansteigen des Blutdrucks (bis 120) zur Folge, begleitet von erhöhter Frequenz des Pulses. Einen Tag vor der Anwendung der Digitalis war der Druck auf 130 gestiegen, gleichzeitig wurde Eiweiss im Harn gefunden.

Fall 3. Leidlich compensirte Mitralinsuffienz, mässige Herzhypertrophie, deutlicher Pulsus celer. Blutdruck 98—116, also nahezu dem Mittelwerth beim Gesunden entsprechend.

Fall 4. Insufficienz der Mitralis, ziemlich gut compensirt, mittlerer Blutdruck 90.

Fall 5. Rheumatismus art. ac. mit frischer Endo- und Pericarditis. Beträchtliche Circulationsstörung, starke Dyspnoe. Blutdruck 76—88, also nahe der unteren Grenze, ohne dieselbe jedoch zu überschreiten.

Fall 6. Stenose der Mitralis mit starker Hypertrophie des Herzens. Vollkommene Compensation. Blutdruck 120—130, nur einmal bis 100 herabgehend.

Fall 7. Dilatation und Hypertrophie des Herzens, Töne völlig rein, mässige Arteriosclerose. Blutdruck 140, also höher wie bei allen anderen Herzfehlern.

Fall 8. Nephritis chronica seit 1/2 Jahre bestehend, Arteriosclerose und Herzhypertrophie. Druck 152—194. Pulsfrequenz und Harnabsonderung gingen den Schwankungen des Druckes nahezu parallel.

Fall 9. Nephritis chronica und Arteriosclerose, etwas länger bestehend wie bei Fall 8. Blutdruck 150—170.

Fall 10 und 11. Nephritis chronica seit 9 resp. 3 Wochen bestehend. Herz zeigt nichts Abnormes, in beiden Fällen Oedem der Beine. Druck 90—120 resp. 100—120.

Fall 12 und 13. Nephritis chronica mit Hypertrophie des Herzens und — bei 12 — Oedem und Ascites. Blutdruck 160—170 resp. 150—170.

Fall 14. Nephr. chron. mit allgemeinem Hydrops und ausgeprägter Cachexie. Blutdruck 120—130.

Fall 15 und 16. Starke Arteriosclerose. Druck 150—160 resp. 100—110 (nur einmal gemessen).

Aus diesen Beobachtungen ergiebt sich, dass bei chronischer Nephritis dann, wenn physikalisch nachweisbare Störungen im Circulationsapparat (besonders Hypertrophie des Herzens) zu Stande gekommen sind, der Blutdruck die Norm ziemlich stark überschreitet, da-



gegen innerhalb der normalen Grenzen bleibt, solange die genannten Störungen noch nicht nachweisbar sind.

Fall 17. Angina pectoris, starke Retraktion der linken Lunge durch psychische Affektion. Herz dislocirt aber sonst normal. Blutdruck 110—150.

Fall 18. Asthma bronchiale. Blutdruck 120—130.

Fall 19. Grosses rechtsseitiges Exsudat der Pleura. Blutdruck vor der Punction 120, 10 Minuten nach Entleerung von 2 Liter blutigen Exsudats. Blutdruck = 100. Dann folgte in den weiteren 2 Tagen starkes Ansteigen bis auf 140 um ebenso rasch wieder bis auf 90 herabzugehen, sich dann aber, mit zunehmender Kräftigung auf der Höhe von 110—120 zu halten. Das Sinken des Blutdruckes gleich nach der Punction führt C. auf den dieselbe begleitenden Collapsus zurück.

Ueber das Verhalten des Blutdrucks unter toxischen Einflüssen führt C. folgendes an: 2 Fälle von Bleivergiftung, Arthralgia et Paralysis saturn. und Colica saturn. zeigten, dass während derselben eine bedeutende Spannungserhöhung stattfindet, die Druckwerthe schwanken zwischen 130—170 resp. 110—150.

Acute Morphiumintoxikation herbeigeführt durch 0,01 Morph. hydrochlor. subcutan injicirt ergab in 7 von 9 Fällen als Resultat, dass während der ganzen Versuchszeit der Blutdruck ca. 20 mm Quecksilber niedriger stand als vor der Einspritzung, und ferner, dass der Blutdruck am folgenden Tage wieder zur alten Höhe angestiegen war.

Bei einem Fall von chronischer Bleivergiftung erwies sich Morphium (0,008 gr) als wirkungslos hinsichtlich des Einflusses auf den Blutdruck, möglicherweise wohl in Folge der geringen Dosis.

Ergotininjektionen (0,1—0,2) ergaben in drei Fällen eine bedeutende Steigerung des arteriellen Druckes, die sofort nach der subcutanen Einspritzung auftrat.

Chloralhydrat wurde einmal geprüft (1,0 innerlich). Nach einem Druckabfall von 20 mm Quecksilber stieg der Druck wieder bis fast zum Anfangswerth.

Schulz.

---

10. **Herzka, Ueber Leukoplakia (Psoriasis) lingualis.** (Vortrag gehalten in der zweiten öffentlichen Versammlung der balneologischen Section der Gesellschaft für Heilkunde in Berlin.)

H. beschreibt unter dem Namen der Leukoplagia lingualis eine Affection der Zunge, bei der sich Anfangs umschriebene dunkelrothe hyperämische Flecken bilden. Später folgt eine Exsudation und Infiltration der Mucosa, sowie eine Auflagerung von Epithelschichten an den erkrankten Stellen, wodurch die Farbe derselben allmählig bläulich, endlich gräulichweiss wird. Zuletzt kommt es zu Continuitätstrennungen in den kranken Auflagerungen, zu Einrissen, Rhagaden, Erosionen und Geschwürchen, welche jedoch nie so weit in die Tiefe greifen, wie die durch Syphilis verursachten. Die Papillen sind Anfangs geschwellt, später werden sie durch die zunehmende Verdickung der Epithellagen überwuchert. Das Muskelgewebe der Zunge ist nicht



in Mitleidenschaft gezogen; die Plaques selbst fühlen sich härtlich und rauh an und gehen meist nicht über den Zungenrand hinaus; doch hat sie H. in einzelnen Fällen auf der untern Zungenfläche und auf der Wangen- und Lippenschleimhaut beobachtet. Schmerzen treten erst ein, wenn sich Rhagaden und Erosionen gebildet haben. Constant ist eine Vermehrung der Speichelsecretion, und klagen die Kranken besonders über die Absonderung bei Nacht während des Schlafes. Die Geschmacksempfindung ist meist gar nicht alterirt. Was die Aetiologie betrifft, so ist Syphilis in einzelnen Fällen entschieden auszuschliessen. Dagegen wird zuweilen starkes Rauchen als Ursache angegeben und ist es wahrscheinlich, dass die reizenden Producte der trocknen Destillation im Tabakrauche (Kohlensäure, essigsaures Ammoniak und Carbolsäure; Ludwig) dabei wirksam sind. Nedopil glaubt, dass Arthritiker zu der in Frage stehenden Erkrankung besonders neigen. Nach H.'s Erfahrungen ist den Magen- und Darmkatarrhen ein besonderer Einfluss zuzuerkennen, zumal bei anämischen und nervösen Personen. Sehr lehrreich ist der von H. beobachtete und des näheren beschriebene Fall einer Dame, welche nach einer Kur in Karlsbad von ihrer Dyspepsie und der seit längerer Zeit bestehenden Leukoplakia lingualis vollständig geheilt wurde. Dass allgemeine Ernährungsanomalien in ätiologischer Beziehung entschieden eine Rolle spielen, beweisen auch zwei Fälle von Diabetes, bei denen Seegen an der Zunge ähnliche Veränderungen fand. Auf diese Verhältnisse ist daher bei der Therapie Rücksicht zu nehmen. Im Allgemeinen scheint die Krankheit im Osten Europas häufiger zu sein, als im Westen.

Brockhaus (Godesberg).

---

11. **Dr. Fischl,** Docent, **Ueber einige Ursachen von transitorischer Albuminurie.** (Prager med. Wochenschr. V. Jahrg. No. 43 u. 44.)

Verf. weist zunächst darauf hin, dass beim einfachen fieberlosen Darmkatarrh bisweilen Eiweiss im Harn ohne beigemengte morphotische Bestandtheile gefunden werde und in diesen Fällen nicht auf eine Laesion der Nieren zu schliessen sei, wie sie die Ausscheidung von Nieren-Formelementen in anderen Fällen gleicher Art bewiese.

Im Weiteren wird mitgetheilt, wie sich häufig bei schmerzhaften Affektionen der Unterleibsorgane Eiweiss im Urin ohne Nieren-Formelemente gefunden habe, jedoch musste der Paroxysmus intensiv und von längerer Dauer und Symptome eines mehr weniger hochgradigen Collapses damit verbunden sein. Die Eiweiss-Ausscheidung ist zumeist eine sehr flüchtige, seltener wochenlang andauernde, die Harnmenge vermindert, Farbe dunkel, spec. Gewicht wechselnd und nicht zur Eiweissmenge im Verhältniss stehend. Pathologische Formelemente fehlten fast immer. Speziell erwähnt werden die Eiweissbefunde im Harn bei Gastralgie und Enteralgie nach Diätfehlern sowie nach Cardialgien bei Magenkrebs, ferner bei Menstruationskolik, beim Durchgang eines Gallen- oder Nierensteines auch bei einer incarcerirten Hernie. Bei der Nierensteinkolik war Pyelitis durch die mikroskopische Harnuntersuchung ausgeschlossen. Ferner fand sich Albuminurie bei Zuständen von Collaps welche sich nach einem reichlichen Blutverlust

einstellten, z. B. nach einer Magenblutung, nach einem Abort. Nierenschrumpfung war dabei nicht anzunehmen, ebenso wenig Veränderungen des Blutes, die das Eiweiss chemisch oder physikalisch umwandeln. Nachdem durch Nussbaum's Versuche an der Froschniere der Beweis geliefert sei, dass die Zellen der Herzkanälchen sich an der Ausscheidung des Eiweisses nicht betheiligten, und Ribbert sowie Litten dann festgestellt hätten, dass das Eiweiss durch die Gefässschlingen der glomeruli hindurchträte, so müsse auch in den besprochenen Fällen Letzteres angenommen werden.

An eine tiefere Laesion der Gefässwände ist nicht zu denken, auch nicht an jene erhöhte Durchlässigkeit der Gefässwände, die Cohnheim nach einer wenn auch nur kurze Zeit andauerden Ischaemie beobachtete und die zur Erklärung des Harnbefundes bei Cholera Bartels, bei Darmkatarrhen der Verf. heranzog. Bei ihr fanden sich Formelemente.

Litten fordert nun auf Grund seiner Versuche zur Entstehung der Albuminurie eine vorübergehende Erweiterung des Durchmessers der Capillaren in den glomerulis. Verf. will für seine Fälle die Stromverlangsamung zugeben, nicht die Erweiterung der Capillaren, da Eiweiss sich schon im Stadium des Collapses fand, wo Gefässerweiterung noch nicht angenommen werden konnte. Der Blutdruck spielte ferner eine grosse Rolle, jedoch nicht seine Vermehrung sondern sein Absinken, eine Annahme die die Beobachtung bei Herzkranken stützt, wo Eiweiss auftritt wenn der Puls klein wird, und Eiweiss abnimmt wenn der Puls an Grösse zunimmt. Hierzu passte ferner die Beobachtung von Edlefsen, dass die Poren der Gefässwände diese in schräger Richtung durchbohren und somit bei geringem Druck offen, bei erhöhtem Drucke verschlossen bleiben.

Aehnlich wie im Goltz'schen Klopfversuch entstand bei seinen Patienten durch Vermittelung der Nerven Erweiterung der venae coeliacae, mesenteriales renales, Blässe der Haut, kleiner Puls, Ischaemie der Nieren-Arterien, somit verlangsamte Blutströmung und folglich Albuminurie. Profuse Blutungen bewirken selbstverständlich Ischaemie der Arterien auch der Niere.

2 Krankheitsfälle, 1) eine Cardialgie, 2) eine Magenblutung mit Eiweiss im Harn sind kurz besprochen. Bartold.

---

12. **Hermanides, Die subcutane Injection von Ergotin.** (Berliner klinische Wochenschrift 1880. No. 42 u. 43.)

H. bekämpft die Ansicht, dass das Ergotin eine direkte Wirkung auf die glatten Muskelfasern der Gefässe ausübe und eine Verengerung der letzteren herbeiführe. Die directe Beobachtung an der Zunge eines Frosches, dem Ergotin eingespritzt worden, sei nicht beweisend, da sie sich auf einen fehlerhaften Versuch stütze. Werde derselbe in der üblichen Weise (die Zunge des curarisirten Frosches wird mit Nadeln aufgesteckt und mittelst eines Korkscheibchens unter dem Mikroskop fixirt) angestellt, so resultire aus dem durch diese Manipulation gesetzten Entzündungsreiz zunächst eine Erweiterung der Gefässe, welcher ziemlich rasch eine Contraction jedesmal folge, einerlei ob



man Ergotin oder einen andern Stoff oder gar nichts einspritze. Erst nach 1—3 Stunden haben die Gefässe ihre gewöhnliche Weite wieder erreicht; wird jetzt Ergotin eingespritzt, so findet keine Contraction der Gefässe mehr Statt, wie sich H. durch Versuche überzeugt hat. Da nach seinen Untersuchungen das Ergotin ferner weder auf die Gewinnung des Blutes noch auf die rothen und weissen Blutkörperchen einen nennenswerthen Einfluss ausübt, so ist die hämostatische Wirkung dieses Mittels physiologisch noch nicht erklärt. Anlangend die Beziehungen des Ergotin zu den glatten Muskelfasern des Uterus, so hat H. keine bezüglichen Versuche angestellt. Abgesehen von den übrigen bekannten Indicationen wird die Anwendung des Mittels in Fällen von unvollständiger Rückbildung der puerperalen Gebärmutter empfohlen; bei Uterustumoren hat H. keine Erfolge gesehen. Die von ihm durch Ergotininjection in die Schenkelmuskeln bewirkte Heilung eines kleinen Aneurysma der Art. cruralis erklärt er durch den Druck, welchen die nach der Einspritzung jedesmal eintretende inflammatorische Schwellung auf die Adergeschwulst ausübte.

Brockhaus (Godesberg).

---

13. **E. Lax, Pilocarpinum muriaticum bei Diphtherie.** (Aerztliches Intelligenzblatt. 1880. No. 43.)

Die Erfolge, welche zuerst Guttmann (s. dieses Centralbl. S. 543) durch die Anwendung des salzsauren Pilocarpin bei Diphtherie erzielte, haben weitere Versuche des Vf.'s in zehn Fällen der genannten Krankheit, von denen sechs sehr schwerer Art waren, veranlasst. In allen Fällen trat unter Vermehrung der Schleim- und Speichelsekretion, und indem aus Mund und Nase grosse Massen diphtherischer Fetzen herausbefördert wurden, baldige Besserung und Genesung in 3—5 Tagen ein. Ordination je nach Alter: Pilocarpin. muriat. 0,02—0,04, Pepsin. 0,6—0,8 mit Acid. muriat. gtt. ii—iij auf Aq. dest. 70,0; stündlich 1 Kaffe- bis 1 Esslöffel voll.

Meckel (Nürnberg), Aerztliches Intelligenzblatt No. 47, hat schon vor drei Jahren Pilocarpin gegen Diphtherie angewendet und ist jetzt zu dem Resultate gelangt, dass der günstige Erfolg nicht häufiger eintritt als bei häufigen Inhalationen lauwarmen verdünnten Kalkwassers und desinficirenden Gurgelungen. Wolffberg.

---

## Neue Bücher.

Orth, Ueber die Immunität der Mutter bei Syphilis des Vaters und angeborener Syphilis der Kinder. Heidelberg, Chr. Winter. 80 Pfg.

Paulier et Hétet, Traité élémentaire de médecine legale, de jurisprudence médicale et de Toxicologie. 2 vols. Paris, Doin. 18 fr.

Rigauer, Die Diphtherie und ihre Behandlung durch das kalte Nasenbad. Mit 2 Tafeln. Leipzig, T. C. W. Vogel. 2 Mark 80 Pfg.

Vulpian, Leçons sur l'action physiologique des substances toxiques et médicamenteuses. tom. I. fasc. 1. Paris, Doin. 8 fr.

Yvon, Manuel clinique de l'analyse des urines. Paris, Doin. 10 fr.

---

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.



Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen nebst Titel und Register.

# Centralblatt
für
# KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigirt von

**Dr. H. Rühle**, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

**Dr. D. Finkler**, Privatdocent und Assistent an der medicin. Klinik in Bonn.

**1880.** **11. Dezember.** **Nro. 38.**

**Inhalt.** Referate: 1. **Ebstein**, Beiträge zur Lehre von der Gicht. — 2. v. **Kaczorowski**, Fünf Fälle von Bluttransfusion in der Peritonealhöhle nach Ponfick. — 3. **Tappeiner**, Neue experimentelle Beiträge zur Inhalations-Tuberculose der Hunde. — 4. **Kümmel**, Zur Lehre von der acuten aufsteigenden Spinalparalyse. — 5. **Strübing**, Ueber Katalepsie. — 6. **Feuerbach**, Rhythmische, continuirliche Bewegungen des Kehlkopfes und der Zunge etc. — 7. **Sonderegger**, Ankylostoma duodenale. — 8. **Wagner**, Beiträge zur Kenntniss des chronischen Morbus Brightii. — 9. **Baumüller**, Ein Fall von acuter Fibrinurie. — 10. **Meyer** und **Williams**, Ueber acute Eisenwirkung. — 11. **Feldbausch**, Ueber eine neue Methode permanenter Inhalationen. — 12. **Pelz**, Behandlung eines Mammacarcinoms mittelst Chios-Terpenthins. — **Morris**, On Chian turpentine and its uselessnes in cancer.

1. **W. Ebstein, Beiträge zur Lehre von der Gicht.** (Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. XXVII, H. 1 u. 2, p. 1.)

Die Vermehrung des harnsauren Natrons im Blute Gichtkranker kann als Ursache haben entweder eine vermehrte Bildung ohne vermehrte Ausscheidung oder verminderte Ausscheidung bei nicht vermehrter Bildung der harnsauren Verbindung. Ob eine vermehrte Bildung des Sodaurates von Seiten der Leber Statt hat (Charcot), steht noch nicht fest. Dagegen sind Secretionsanomalien der Niere (Garrod), die zur Retention führen, jedenfalls ein nothwendiges Postulat zur Erklärung der Gicht, da gesunde Nieren, der Anhäufung von Uraten entsprechend, mehr secerniren würden. Bezüglich der Pathogenese sind die letzten Gründe der Urataufspeicherung im Blute noch unklar; unzweifelhaft aber ist die Erblichkeit der Gicht und eine Bevorzugung des männlichen Geschlechtes. Die Erblichkeit kann bedingt sein durch angeborne Stoffwechselanomalie, oder durch geringe Widerstandsfähigkeit, bezw. Unfähigkeit der Secretionsorgane, zumeist der Nieren, gewisse Stoffe des regressiven Stoffwechsels, speciell die Harnsäure hinreichend zu eliminiren, oder durch Beides zugleich. Die Stoffwechselanomalie führt erst dadurch zur Gicht, dass sie die Nieren (durch die nicht adaequaten Reize) leistungsunfähig macht. Für die Bedeutung der hereditären Belastung führt E. einen eclatanten Fall von Gicht an, die einen sonst völlig gesunden und mässigen Mann und dessen Bruder betraf, deren Grossvater an Gicht gelitten. Die Praedisposition des männlichen Geschlechts bezieht sich vorwiegend auf die acquirirte Gicht und hat ihren Grund in der Lebensweise. Klimatische Einflüsse wer-



den neuerdings weniger betont wie früher, wenngleich das Vorwiegen in gewissen Gegenden (z. B. in einem Londoner Hospital 11 × so viel Gichtkranke wie im Münchener Krankenhaus) sich nicht aus der Lebensweise erklären lässt.

### 1. Zur Lehre von den gichtischen Magen- und Leber-affectionen.

Während die Autoren darüber in ihrer Meinung auseinandergehen, ob die Magenaffectionen eine zufällige oder wesentliche Complication der Gicht seien, erklärt E. für typisch nur die characteristischen Gichtanfälle und die Uratablagerungen, von den zahlreichen übrigen Symptomen aber, die in der That als Coeffecte desselben Grundprocesses zu betrachten seien, könnten in den einzelnen Fällen die einen zurück-, die andern in den Vordergrund treten. So können Magensymptome bei acquirirter wie bei hereditärer Arthritis vorhanden sein oder gänzlich fehlen, selbstredend aber auch in Folge von Diätfehlern zufällig auftreten. So führt E. einen Fall ausführlich an, in welchem hochgradige dyspeptische Erscheinungen, beträchtliche Gewichtsabnahme, Incontinenz des Pylorus, Vergrösserung und Schmerzhaftigkeit der Leber auf eine selbständige schwere Erkrankung der betreffenden Organe hinwies, bis ein plötzlich auftretender und später erneuter Gichtanfall die wahre Natur der Erkrankung offenbarten. Die Schlussunfähigkeit des Pylorus glaubt E. als „ein durch nervöse Störungen veranlasstes Symptom“ auffassen zu dürfen, da Störungen des Nervensystems bei Gicht häufig seien, während eine krebsige oder einfach corrosive Geschwürsbildung am Pylorus oder eine Schädigung der Pylorusmuskulatur durch Gastritis nicht anzunehmen war. Die hochgradige Dyspepsie ist entweder durch Stagnation des Mageninhaltes in Folge von Parese der Musculatur oder durch directe Einwirkung des gichtischen Giftes auf die Magenschleimhaut zu erklären. Dass eine solche Einwirkung Statt haben kann, dafür sprechen verschiedene analoge Beobachtungen, besonders ein von Fenwick mitgetheilter, vom Verf. citirter Fall. Bezüglich der intensiven Leberschmerzen und der Schwellung der Leber seines Falles glaubt E., dass durch gichtisches Gift „interstitielle Entzündungen der Leber, wie durch so manche andere Ursache bewirkt werden können“, während weichere teigige Schwellungen ohne Schmerzhaftigkeit des Organs auf eine durch Unmässigkeit bewirkte fettige Infiltration zurückzuführen seien. Auch die erheblich rasch sich vollziehende Ernährungsstörung findet in der Literatur Analoga (Murchison). — In Bezug auf die Unterscheidung von gewöhnlichen und gichtischen Dyspepsien, welch letztere den Gichtanfällen bisweilen vorangehen sollen, macht Garrod auf die excessive Harnsäureausscheidung bei letzteren aufmerksam, sowie auf den Nachweis vermehrter Harnsäure in den Säften durch das Fadenexperiment. Fehlen also die sicheren Zeichen der Arthritis — die typischen Gichtanfälle und Uratablagerungen, so wird man doch oft unter Berücksichtigung der Aetiologie und der Symptome ex juvantibus die gichtische Natur eines Magenleidens mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen berechtigt sein und demgemäss therapeutisch verfahren.



2. Einige Bemerkungen über die Betheiligung der Nieren bei der Gicht und die dabei in ihnen vorkommenden nekrotisirenden Heerde.

Die Veränderungen in den Nieren, die bei Gicht, jedoch nicht constant, gefunden wurden, sind im Allgemeinen Schrumpfungen des Organs durch interstitielle Entzündung, und Uratablagerungen. Letztere finden sich vorwiegend im Papillartheil, selten in der Rindensubstanz. Sehr verschieden sind die Meinungen darüber, ob sich die Urate in den Harnkanälchen, im interstitiellen Gewebe oder in beiden zugleich ablagern. E. führt 2 Fälle von Gicht aus eigener Beobachtung an, welche dafür sprechen, dass die gichtische Nephritis ein secundärer Process ist. In der Leiche eines Mannes, der an den Symptomen einer Dilatatio ventric. und Insufficientia pylori in Folge von Ulcus corros., nie aber an Gicht oder Rheumatismus gelitten hatte, fanden sich gichtische Affectionen der Phalangometatarsalgelenke der grossen Zehen und chronische gichtische Nephritis mit Atrophie. Dieser latente Verlauf der Gicht ohne eigentliche Paroxysmen scheint in den ärmeren Volksklassen häufiger beobachtet zu werden. Im Papillartheil der Nieren des vorstehenden Falles fanden sich nekrotisirende Heerde, in welchen Uratconcretionen eingebettet lagen. Dass letztere aber nicht „als directe Ursache für den nekrotisirenden Process anzusehen sind, lässt sich daraus folgern, weil das Verschwinden nicht nur der Harnkanälchen, sondern der ganzen Nierenstructur an diesen Heerden sich vollzogen hat, ehe etwas von den Uratausscheidungen zu sehen war." E. glaubt daher, dass es sich um Einlagerung einer Substanz handelt, welche die Fähigkeit besitzt, „das Gewebe zu nekrotisiren, in welches sie eingelagert ist, und dass die Urate, welche sie wohl nothwendig enthalten muss, in derselben auskrystallisiren." Es ergibt sich also, dass die nekrotisirenden Heerde in den Nieren „mit den gichtischen Processen zusammenhängen und zwar, dass sie eine Folge, nicht die Ursache desselben sind." Die interstitielle Entzündung, die daneben in den Nierenpapillen gefunden wurde, ist secundär als Folge der durch die Nekrose bewirkten reactiven Entzündung in der Umgebung der Heerde anzusehen. In der Rindensubstanz fanden sich keine Uratconcretionen, dagegen Ablagerungen von kohlensaurem Kalk, und an einzelnen Stellen der Peripherie interstitielle Nephritis, theilweise oder ganz verödete Glomeruli mit stark verdickten Kapseln und rundliche Heerde von Rundzellenanhäufungen. Wenn auch in der Rindensubstanz keine Uratablagerungen gefunden wurden, so ist es doch nicht unwahrscheinlich, dass die Verödung der Glomeruli auch durch das gichtische Gift veranlasst war. Amyloide Degeneration, die bisweilen als Complication vorkommt, war hier nicht vorhanden. In E.'s 2. Fall, der im letzten Abschnitt ausführlicher behandelt wird, fanden sich dieselben nekrotisirenden Heerde. — E. untersuchte auch ein Präparat aus der patholog.-anatom. Sammlung, welches als Amyloidniere mit Infarcten von harnsaurem Natron bezeichnet war. Auch hier fand er nekrotisirende Heerde mit und ohne Einlagerung von Uratconcretionen und interstitielle Entzündung der Umgebung. Die Rundzellenanhäufung an der Demarcationslinie der Heerde war weniger hervortretend wie bei den nicht amyloiden Nieren. Amyloide Degeneration fand sich um



die Harnkanälchen herum, in den meisten Glomerulis und Kapseln, sowie in den Gefässen, also nicht in den Heerden, wo jegliche Structur zu Grunde gegangen war. Hier existirten auch in der Nierenrinde, vorzugsweise in einzelnen Malpighi'schen Kapseln Uratablagerungen, und die Glomeruli waren einem obigen Heerden analogen nekrotisirenden Process verfallen — wohl eine Wirkung derselben gichtischen Noxe. — Da die Verbreitung gichtischer Processe im Körper nicht in allen Fällen eine gleichmässige ist, so ist die gichtische interstitielle Nephritis auch kein constantes, wenngleich sehr häufiges Product der Gicht. Es ist daher bis jetzt noch nicht zu entscheiden, ob Gicht die Folge einer Secretionsanomalie der Niere (Garrod) oder von anatomischen Veränderungen der Niere — Granularentartung und Nephritis (Lancereaux, Buhl), oder ob die Granularentartung und die gichtischen Gelenkaffectionen Coeffecte derselben Ursache sind (Dickinson).

3. Zur Geschichte der tödtlichen Ausgänge bei der Gicht.

Die harnsaure Diathese (Gicht) giebt nach Charcot eine Disposition zu folgenden Processen: 1) Anthrax urique, 2) bösartiger Phlegmone und Erysipel, 3) trockenem Brand. Diesen fügt E. noch hinzu die gichtischen Affectionen des Tractus intestinalis, und zwar ausser den oben erwähnten functionellen Störungen des Magens die ulcerösen, phlegmonösen und gangraenescirenden Entzündungen. So fanden sich in einem Falle hochgradiger, lethal verlaufender Gicht (Fauconneau-Dufresne) „Geschwüre im Colon descendens, welche nach dem After zu besonders zunehmen," in einem andern Falle von Moxon entzündliche Infiltration und fibrinös-diphtheritisches Exsudat der Magenschleimhaut. Während in letzterem Fall die Affection eine zufällige, oder von der gleichzeitig bestehenden Schrumpfniere herrührende Complication der Gicht sein könnte, ist sie in ersterem, wo sie gleichzeitig mit einem Gichtanfall auftrat und wo die Nieren nicht afficirt waren, wahrscheinlich gichtischer Natur gewesen. Die Diagnose gichtischer Magen- und Darmaffectionen muss sich freilich einstweilen auf die Aetiologie und den klinischen Verlauf stützen, da es zur Zeit noch an characteristischen anatomischen Anhaltspunkten fehlt. — Schliesslich führt Verf. noch einen selbst beobachteten Fall an von einem Pat. mit Emphysem und Bronchitis, der vor Jahren schon an Gicht gelitten haben soll und neuerdings während eines 5tägigen Gichtanfalles 7 Tage vor seinem Tode von Lungenabscess, Pleuritis und Pericarditis befallen wird, welche durch die Section bestätigt werden, ebenso wie die Gicht durch die Veränderungen an den Gelenken und Nieren. Ob das Lungenemphysem und die chronische Bronchitis in causalem Zusammenhang mit der Gicht stehen, lässt sich nicht entscheiden. Dass aber der Infarct und die Abscessbildung in der l. Lunge und die secundäre linksseitige Pleuritis, die maligner haemorrhagischer Natur war, mit dem Anfall von Gelenkgicht zusammenhing — Producte der gichtischen Infection waren, ist nach dem Krankheitsverlauf kaum zu bezweifeln. In den Nieren waren die im obigen Falle geschilderten nekrotisirenden Heerde vorhanden und E. hält es wohl für möglich, dass sich in dem Lungenheerd (Infarct mit Abscessbildung) auch analoge nekrotisirende Heerde entwickelt und zu der Pleuritis Veranlassung gegeben haben.

**Stintzing (München).**

---

2. **Dr. v. Kaczorowski,** Posen. **Fünf Fälle von Bluttransfusion in die Peritonealhöhle nach Ponfick.** (Deutsche medic. Wochenschr. 1880. Nr. 46.)

Ponfick hat gezeigt, dass selbst grosse Quantitäten frischen defibrinirten Blutes derselben Thierklasse in die Bauchhöhle injicirt in sehr kurzer Zeit resorbirt werden, ohne dass Zeichen des Zerfalles der rothen Körperchen oder Störungen der Gesundheit erfolgen. Obalinski in Krakau hat die integre Aufnahme der rothen Körperchen in das circulirende Blut des Versuchsthiers durch mikroskopische Zählung zweifellos dargethan. Dr. v. K. theilt 5 Fälle in kurzem Auszuge mit, in denen er bei Kranken diese Injectionen in die Bauchhöhle mit sehr günstigem Erfolge gemacht. Der 1. betraf eine pyämische Erkrankung mit Nephritis, pneumonischen Herden, Gelenkaffection, Fieber, starken Schweissen. Nachdem schon facies hippocrat. und 160 kaum fühlbare Pulse eingetreten, Transfusion von 500 grm defibr. Blutes. Nach 11 Tagen zweite Transfusion, Heilung. 2. Fall: Anämie, Nervosität, Hysterie, Spinalirritation, totale Arbeitsunfähigkeit. Nach 500 grm Transfusion Eintritt der Besserung, volle Heilung, nach 4 Monaten „strotzende Gesundheit“. 3. Fall: vorgeschrittene Phthise. 250 grm Transfusion auf dringende Bitte des Kranken. Nach 3 Tagen erhebliche Besserung, „unstillbarer Appetit, Abnahme des Hustens, des Fiebers und der Schweisse“. 8 Tage später Rückfall durch Diätfehler, Tod nach 3 Monaten. 4. Fall: Anämie, Nervosität, grosse Schwäche, seit Monaten bettlägerig. 600 grm Transfusion. Nach 8 Tagen zum erstenmal aufgestanden; stetige langsame Erholung in 3 Monaten, geheilt entlassen. 5. Fall: potatrix, Typhus exanthem., grosser Decubitus, Lungenaffection, Temp. 41, Puls 140, Resp. 50. 400 grm Transfusion. Denselben Abend Temp. 38,8; Puls 120; 4 Tage nachher fieberlos, lebhafter Appetit. Heilung.

Der Einstich wurde unter antiseptischen Cautelen in der linea alba mit gebogenem Troicart gemacht und durch einen mit Glastrichter versehenen Schlauch das defibrinirte Blut eingegossen. Der Stich war Mehreren sehr schmerzhaft, die Reaction null oder unbedeutend.

R.

---

3. **Tappeiner, Neue experimentelle Beiträge zur Inhalations-Tuberculose der Hunde.** (Virch. Arch. Bd. 82, S. 353.)

Verf. experimentirte, um festzustellen, ob der Eiter käsiger Lymphdrüsen scrophulöser Individuen ebenso Tuberculose bei Thieren zu erzeugen vermöge, wie das bei seinen früheren Experimenten mit phthisischen Sputis der Fall war. Er liess 2 Hunde zerstäubten nassen Lymphdrüseneiter inhaliren, 2 andere Hunde zur Controlle nasse phthisische Sputa. 26 Tage nach der Inhalation wurden die beiden letzteren Thiere und eines der ersteren obducirt. Es fanden sich bei den mit phthisischem Material behandelten Hunden beide Lungen und die Milz mit zahlreichen grauen durchscheinenden miliar- bis linsengrossen Körnchen durchsetzt, die von anderer Seite auf mikroskopische Untersuchung hin für Tuberkel gehalten wurden. Der Hund, welcher die Lymphdrüsenderivate inhalirt hatte, war in allen Organen durchaus



intakt. Ebenso der vierte Hund, der 33 Tage nach Beginn der Inhalation obducirt wurde. Ganz das gleiche Resultat hatte die Wiederholung des Versuchs bei zwei weiteren Hunden. Ferner wurde durch 2 Experimente mit phthisischen Sputis festgestellt, dass die Incubationszeit der Inhalationstuberculose mindestens 19 Tage dauert, denn nach Ablauf dieser Zeit war ein Hund, der phthisische Sputa inhalirt hatte, noch gesund. Bronchitisch-eitrige Sputa machten inhalirt keine Tuberculose.

Ribbert.

---

4. **Dr. Hermann Kümmel, Zur Lehre von der acuten aufsteigenden Spinalparalyse.** (Zeitschrift für klin. Med. Bd. II. Heft 2. p. 273.)

In fast allen Fällen hatte dem schweren Symptomencomplex der Paralysie ascendante aiguë (Landry) der Erfolg der pathologisch-anatomischen Untersuchung wenig entsprochen, da oft gar keine, oft nur zu geringe Veränderungen des Rückenmarks constatirt werden konnten. Man versuchte deshalb Erklärung in verschiedenen Momenten, in Congestion des Rückenmarks (Bärwinkel), in mässiger Röthung der grauen Substanz in der medulla oblongata (Hayem), in Alteration der motorischen Ganglienzellen (Kiener), oder in einer Intoxication noch unbekannter Art (Westphal). Leyden ist der Ansicht, dass es sich wenigstens in einem Theile der Fälle um eine Läsion handelt, die von der medulla oblongata ihren Ursprung nimmt; als Stütze für diese Ansicht wird ausführlich ein Fall mitgetheilt, der positiven makroskopischen und mikroskopischen Befund lieferte.

Im Anschluss an einen Typhus abdominalis entstand Parese der Unterextremitäten, dann weiterschreitend der Muskulatur des Bauches, des Rückens, der Oberextremitäten, dann des Gesichts, der Zunge, aller Muskeln, deren Innervation vom Bulbus ausgeht, während gleichzeitig der ganze Prozess an Intensität zunimmt, bis schliesslich vollständige motorische Paralyse resultirt. „Die vollständig erhaltene Sensibilität, die fast ganz fehlende Schmerzhaftigkeit, die unveränderte electrische und Reflexerregbarkeit, das Intactbleiben von Blase und Mastdarm, das Fehlen des Decubitus, der Atrophie und Contractur der Muskeln, der Muskelzuckungen und Krampfanfälle, die normale Temperatur bei einer Pulsfrequenz von 150, das Alles setzt sich zu einer Symptomengruppe zusammen, wie sie keine andere Form von centraler Erkrankung darbietet."

Der pathologisch-anatomische Befund lieferte „in der unteren Hälfte der Medulla oblongata beiderseits, nahezu symmetrisch gelegene, hämorrhagische Affectionen und zwar rechterseits eine absolut frische, kaum stecknadelkopfgrosse Hämorrhagie an der Innenseite der aufsteigenden Vaguswurzel; auf der linken Seite eine mit hämorrhagischem Material erfüllte Höhle von etwas mehr als Erbsengrösse, welche etwa den mittleren Theil des Querschnittes des Corpus restiforme einnimmt, nach Hinten bis an die Kernregion, nach Aussen bis an die Quintuswurzel heranreicht. Die rothen Blutkörperchen im Innern der Höhle und in den leicht zerrissenen Wandungen derselben sind schon wesentlich alterirt, sodass diese Affection schon einige, wenn auch kurze Zeit, ante mortem bestanden haben muss."



Die hämorrhagischen Affectionen werden zurückbezogen auf die typhöse Infection in Analogie wie durch diese in anderen Stellen des Körpers theils hämorrhagische, theils entzündliche Herde zu Stande kommen. (Mikrokokkenembolien nach v. Recklinghausen, Eberth, Klebs.)

Die aufgefundenen Herde liegen zu weit ab, um eine directe Continuitätstrennung der motorischen Leitungsbahnen (Pyramidenfaserung) veranlasst haben zu können. Es muss ihnen deshalb ein Einfluss zugeschrieben werden, der über die Ausdehnung ihres anatomischen Sitzes hinausgeht; dafür geben Anhaltspunkte die Erfahrungen, dass auch in weiterer Umgebung von Herden im Centralnervensystem tiefe Störung, sogar totale Aufhebung der Funktion resultiren kann.

Finkler.

---

5. **Dr. P. Strübing, Ueber Katalepsie.** Aus der Greifswalder Poliklinik. (Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. XXVII, H. 1 u. 2. p. 111.)

Ein 18jähr. leicht chlorotisches, im Uebrigen normales Mädchen verfällt in Folge von psychischen Aufregungen und Sorgen in eine leicht melancholische Stimmung und bekommt plötzlich nach einer neuen Gemüthsbewegung einen Anfall von Katalepsie. Dieser wiederholt sich ca. 14 Tage täglich mit einer Dauer von 1—2½, selten von 3—4 Stunden, wird allmählich schwächer, pausirt ca. 2 Wochen bis zum Eintritt der Menses, coincidirt dann regelmässig mit der Menstruation, tritt in den Zwischenzeiten seltener und nur bei vorausgegangener Gemüthsbewegung ein. Die Anfälle erfolgten manchmal plötzlich, indem sich mit einem fühlbaren „Ruck“ allgemeine Starre einstellte und in 1—5 Minuten das Bewusstsein gänzlich schwand, in andern Fällen war die Entwicklung eine allmähliche. Eingeleitet wurde der Anfall mit zunehmender Müdigkeit, welche meist unter Zufallen der Augen allmählich in Bewusstlosigkeit überging. Zuweilen wurden im Beginn Weinkrämpfe beobachtet. Das hauptsächlichste und ganz konstante Symptom war die Flexibilitas cerea. Die Starre der Muskulatur war von verschiedener Intensität. Die Sensibilität war herabgesetzt, in sehr intensiven Anfällen bis zu vollständiger Anaesthesie und Analgesie, die Sehnen-, Knochen- und Gelenkreflexe waren verstärkt. Das Bewusstsein war je nach der Intensität des Anfalles mehr weniger aufgehoben, und dementsprechend bestanden nachher wenig oder gar keine Erinnerungen, meist nur aus dem Beginn und Ende. War die P. in leichteren Anfällen soweit bei Bewusstsein, dass sie auf wiederholtes lautes Anrufen langsam und schwer verständlich Antwort gab, so bildeten die Sorgen, die sie zur Zeit der Anfallspausen gedrückt hatten, und später die Ursache der Gemüthserregung, welche den Anfall hervorgerufen, den Inhalt ihrer Gedanken. Das elektrische Verhalten der Nerven und Muskeln war normal, die faradomuskuläre Erregbarkeit vielleicht etwas gesteigert. Der Puls war klein, schwach, ziemlich frequent, die Temperatur während und 1—2 Stunden nach den Anfällen um $^1/_4$—$^1/_2$° herabgesetzt. Die Anfälle endigten unter Wiederkehr des Bewusstseins, Oeffnen der Augen und Verschwinden der Flexibilitas



cerea, indem ruckweise Muskelbewegungen eintraten, die dann in normale Bewegungen übergingen. Meist bezeichneten das Ende kurze klonische Zuckungen, welche den ganzen Körper durchliefen. Es folgten starkes Durstgefühl oder Schlaf und grosse Abgespanntheit, die mehrere Stunden, nach heftigen Anfällen tagelang dauerte. — In den Intervallen verschwand allmählich die leicht melancholische Stimmung. Nur Schmerzhaftigkeit der Ovarien, namentlich links, blieb bestehen. — Ein Nachlass bis zu völligem Verschwinden der Erscheinungen wurde hervorgerufen durch Application stärkerer faradischer Ströme und durch länger anhaltende Compression der Ovarialgegend, sowie durch fortgesetzte mechanische oder durch stärkere chemische Reizung der Nasenschleimhaut. Beschleunigt wurde ein bereits im Entstehen begriffener Anfall durch Schliessen der Augen und leichten Druck auf die Bulbi während einiger Minuten, sowie durch Anblicken eines beleuchteten Metall- oder Glasknopfes und durch Bestreichen der Gesichts- und Armhaut (Hypnotismus); künstlich hervorgerufen durch Galvanisiren des Gehirns.

Therapeutisch waren die Ovarialcompressionen nur von vorübergehendem Erfolg, da sie die Wiederkehr der Anfälle nicht hindern konnten. Vermeidung psychischer Erregung, Fernhalten von Aerger und Schreck schienen am erfolgreichsten zu sein. Zur Hebung der Widerstandsfähigkeit des Nervensystems bekam P. neben guter Nahrung Eisen und Amara.

Die Gemüthsverstimmung im Anfang, die bisweilen auftretenden Weinkrämpfe, die Empfindlichkeit der Ovarialgegend dokumentiren das Leiden als ein auf dem Boden der Hysterie entstandenes. Die Ovarialcompression hat auch in Fällen von konvulsiver Hysterie oft denselben prompten Erfolg erzielt. „Bei dieser hysterischen Praedisposition konnte eben durch die andauernden Gemüthsbewegungen die zum Ausbruch der Neurose nothwendige Ueberreizung und dadurch bedingte Widerstandslosigkeit des centralen Nervensystems um so eher herbeigeführt werden, als die Ernährung des letzteren unter dem Einfluss der bei der Kranken bestehenden Chlorose herabgesetzt war.“

Eine durch 3 Wochen fortgesetzte tägliche Harnuntersuchung (von je 3 vierstündigen Tagesportionen und je einer 12stündigen Nachtportion) ergab, dass unter dem Einfluss der kataleptischen Anfälle die Ausscheidung der absoluten N- und $P_2O_5$-Mengen vermindert wird. Diese Verminderung erklärt St. aus der Herabsetzung der Temperatur und somit der Stoffwechselenergie, und meint, es würde „vielleicht mit dem verringerten Stoffwechsel im centralen Nervensystem und mit dem, bei der verringerten Energie des Nervensystems auch herabgesetzten Stoffwechsel in den andern Geweben des Körpers die herabgesetzte Leistungsfähigkeit des Organismus, die zurückbleibende Unlust zu körperlicher und geistiger Arbeit in Zusammenhang zu bringen sein.“ Der relative Werth der $P_2O_5$ zum N wird durch den Anfall herabgedrückt und steigt in der zwischen den Anfällen liegenden Zeit. Aus diesen Schwankungen, glaubt Vf., dürfe man nur mit grosser Vorsicht Schlüsse auf die Stoffwechselverhältnisse ziehen, wenngleich ihnen eine gewisse Beweiskraft beizumessen sei. In Bezug auf die Ursachen der Veränderung des relativen Werthes der $P_2O_5$ stellt St. daher folgende



Hypothesen in Frageform auf: Entweder handle es sich während des kataleptischen Anfalles um einen Reizungszustand im centralen Nervensystem oder um ein relatives Ueberwiegen des Stoffwechsels in den übrigen Geweben. Die Erhöhung des relativen $P_2O_5$-Werthes ausserhalb des Anfalls könne entweder von dem länger fortwirkenden deprimirenden Einfluss des Anfalls auf das Centralnervensystem oder von einem pathologisch gesteigerten Stoffverbrauch im Nervengewebe, der vielleicht mit den Ursachen der Neurose in Verbindung stehe, herrühren.

Stintzing (München).

---

6. **Dr. L. Ans. Feuerbach**, k. b. Stabsarzt. **Rhythmische, continuirliche Bewegungen des Kehlkopfes und der Zunge etc.** (Berl. klin. Wochenschr. 1880. No. 47.)

Ein 21jähr. kräftiger Soldat erhielt einen heftigen Stoss mit einem Fechtgewehr oberhalb der linken Brustwarze, blieb mit gestrecktem Halse und offenem Munde eine Weile stehen, ohne Athem zu bekommen, ging aber dann allein die Treppe hinauf, legte sich zu Bett und machte kalte Umschläge auf die getroffene Stelle.

Am andern Morgen beobachtete Dr. F., dass Kehlkopf und Zunge jedem Herzschlage entsprechend 2mal nach abwärts rückten; nach 10—20 Kehlkopfbewegungen trat eine Schluckbewegung ein. Weder an der Muskulatur der Zunge, noch der des Gaumens und Halses konnte man eine Kontraktion bemerken. Die Grösse der Bewegung betrug $^1/_2$—1 cm; dieselben fanden auch im Schlafe statt und waren an der Zungenspitze am besten zu sehen. Bei gleichzeitiger Auskultation liess sich konstatiren, dass die eine Bewegung dem 1. Ton, die andere dem 2. Ton am Herzen entsprach.

Pat. selbst hatte von den Bewegungen keine Empfindung, gab aber an, dass er in der Höhe des 3. Rippenpaares am Brustbein das Gefühl habe, als ob dort etwas „hebe“. Das Schlucken war unbehindert, die Passage stärkerer Bissen verursachte an der genannten Stelle das Gefühl von Rauhigkeit und einem Hinderniss.

Da dieser Stelle entsprechend Lymphdrüsen an der Biforcation der Trachea liegen und Oesophagus wie Hinterwand des linken Vorhofes daselbst dicht benachbart sind, so stellt sich Dr. F. vor, dass z. B. die Schwellung der Lymphdrüsen und deren Umgebung in Folge des Stosses die Ursache gewesen sein möchten, wodurch Stoss und Rückstoss des Herzens die Bewegung der Zunge und des Kehlkopfes bewirkten. Von dieser Vorstellung ausgehend erläutert Dr. F. die Vorgänge der Systole und Diastole, worüber das Nähere im Original.

Der Kranke zeigte zugleich Symptome eines Spinalleidens und wurde später entlassen; die Bewegungen der Zunge und des Kehlkopfes hörten im 4. Monat der Krankheit völlig auf.

R.

---



7. **Dr. Sonderegger, Ankylostoma duodenale.** (Correspondenzbl. f. schweizer. Aerzte. No. 20.)

Ein 29jähriger Ingenieur muss, nachdem er 2 Jahre beim Bau des Gotthardtunnels ohne besondere Erkrankung beschäftigt war, im dritten Jahr wegen zunehmender Schwäche die Tunnelarbeit aufgeben. Trotz 2jähriger Arbeit im Freien erholt er sich nicht und ist im Gegentheil nach dieser Zeit noch elender geworden. Die Untersuchung des Patienten ergibt bei hochgradiger Anaemie schwachen, schwirrenden Herzstoss und über beiden Ventrikeln starke systolische Geräusche, ebenso in den Arterien und Venen des Halses. Beim Fehlen jeder anderen Erklärung für die ganz ausserordentliche Anaemie denkt S. an die Gegenwart von Ankylostoma duodenale und findet wirklich nach Verabreichung von Extract. filic. maris mit Santonin und Jalappe die vermutheten Würmer in den Stuhlentleerungen. Beim Ausquetschen der Thiere zeigen sich bei 500facher Vergrösserung runde kernlose menschliche Blutzellen. Durch weitere Anwendung „duftender Anthelmintica (filix mas.)" gedenkt S. „diese perniciöse Anaemie" zu bekämpfen.

S. spricht die Vermuthung aus, dass in das Schmutzwasser der Tunnelsohle die rhabditisartigen, keines Zwischenwirthes bedürftigen Jungen des Ankylostoma mit den Dejectionen von Arbeitern gelangt seien, welche aus Provinzen stammten, in denen diese gefährlichen Schmarotzer einheimisch seien. Das umherspritzende Schlammwasser könne dann die Hände, die Trinkgefässe etc. verunreinigt haben und so mit dem menschlichen Munde in Berührung gekommen sein. Wie gross der Antheil der Erkrankung an Ankylostoma an der als Mineur-Anaemie bezeichneten Krankheit der Tunnel-Arbeiter sei, müsse durch weitere Untersuchungen festgestellt werden. Von 117 in Airolo verstorbenen Tunnelarbeitern habe der einzige, der secirt worden, an Anaemie gelitten und Ankylostomen in geringer Menge gezeigt.

Ungar.

---

8. **E. Wagner, Beiträge zur Kenntniss des chronischen Morbus Brightii.** (Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. XXVII, H. 3 u. 4, p. 218.)

Verf. nimmt in seiner Auffassung bezüglich des chronischen M. Br. eine Mittelstellung ein zwischen den Unitariern und Dualisten, insofern er glaubt, dass es einerseits Fälle gibt, welche eine einheitliche Auffassung dieser Krankheit zulassen, indem sie alle 3 Stadien in allmählichem Uebergang darböten, dass aber andrerseits diejenigen Fälle überwiegen, in welchen dies weder symptomatologisch noch anamnestisch nachgewiesen werden kann. Seine Eintheilung in die folgenden 3 Formen soll insofern keine ganz scharfe sein, als dieselben mehrfache Uebergänge zeigen.

A. Vergrösserte, total und diffus kranke Niere.

Seltenste Form, dem sog. 2. Stadium des M. Br., der chron. parenchymatösen Nephritis, der grossen weissen Niere, Aufrecht's subacuter Nephritis, Weigert's subchronischer Form des M. Br. etc.



entsprechend. — Mikroskopisch am meisten verändert Glomeruli und Epithelien, am geringsten das Stroma. Starke Wucherung des Kapselepithels zahlreicher Glomeruli. Epithelien der gewundenen Harnkanälchen verfettet, diese selbst erweitert. Ueberall zahlreiche hyaline, nicht selten verfettete Cylinder. Stroma grösstentheils durch Oedem verbreitert, zum kleinsten Theil mit Rundzellen infiltrirt, ohne Bindegewebsneubildung. — Harn blass, trübe, seltner röthlich; Menge spärlich, bei längerer Dauer etwas steigend; hohes spec. Gewicht; starker Eiweissgehalt; im Sediment meist spärliche rothe, zahlreiche weisse Blutkörperchen, manchmal zahlreiche Fettkörnchenzellen, zahlreiche mit diesen Formbestandtheilen bedeckte Cylinder von verschiedener Dicke und Grösse, die bisweilen stark verfettet sind. — Dabei frühzeitiger hochgradiger allgemeiner Hydrops, grosse Anaemie, rasche Abmagerung, bei mehrmonatlicher Dauer Hypertrophie des l. Ventrikels etc. — Verlauf subacut bis chronisch. — 3 Krankengeschichten mit Sektions- und mikroskopischen Befunden (deren Einzelheiten s. im Orig.) dienen als Paradigmen hiezu.

B. Nieren, welche aus älteren atrophischen Stellen und aus frisch entzündetem Gewebe bestehen, ungefähr normal gross oder vergrössert, glatt oder undeutlich granulirt sind.

Diese Form ist viel häufiger als die erste und entspricht bald der sog. chron. parenchymatösen Nephritis, bald der secundären Schrumpfniere verschiedener Autoren, der sog. gefleckten Niere von Rindfleisch, den beiden Formen von Weigert's chronisch-haemorrhagischer Nephritis etc. — Aehnliche Herde wie bei der Schrumpfniere aus älterem zellenarmen Bindegewebe und jüngerem, welches noch ziemlich viel Spindelzellen und Kerne enthält, daneben fast stets frische, d. h. kleinzellig infiltrirte Stromazüge; dazwischen atrophische Harnkanälchen und Glomeruli. „Während aber bei der typischen granulirt-atrophischen Niere das übrige Gewebe normal oder nur kompensatorisch vergrössert ist, zeigt es hier frischere und verschiedenartige entzündliche Veränderungen, und diese sind es bald allein, bald gleichzeitig mit den alten Veränderungen, welche den Harn und einen grossen Theil des Krankheitsbildes mehr oder weniger charakteristisch gestalten.“ Diese frischen entzündlichen Veränderungen betreffen theils die Gefässe, besonders die der Glomeruli, was sich mehr aus dem Gehalt des Harns an Blutkörperchen und Cylindern als aus mikroskopischen Veränderungen erkennen lässt, theils die Harnkanälchen, die erweitert und deren Epithelien verschieden hochgradig verfettet sind. — Der Harn zeigt theils die Charaktere der sog. parenchymatösen Nephritis, theils die der Schrumpfniere. Seine Menge ist wechselnd, häufiger vermindert, spec. Gewicht meist etwas unter, seltener etwas über der Norm, Eiweissgehalt $^1/_2$—$^3/_4$ Vol., Farbe gewöhnlich blass, trübe, Sediment häufiger spärlich als reichlich, meist spärliche rothe, mehr weisse Blutkörperchen, häufig Fettkörnchenzellen, spärlich oder reichlich verfettete Cylinder. Die Hauptmenge des kranken Harns stammt jedenfalls aus den frischen, resp. parenchymatös entzündeten Stellen. — Berücksichtigt man ausschliesslich die frischere Nephritis, so ist



der Verlauf subacut, andernfalls chronisch. Intermissionen sind nicht selten. Der Beginn der älteren Nephritis lässt sich fast nie, der der jüngeren meist gut bestimmen. Heilung der ersteren ist unmöglich, doch kann sie ohne grosse Lebensgefahr bestehen; Heilung der jüngeren Affektion ist denkbar. Der Tod erfolgt bald direkt durch Wassersucht, Uraemie, bald indirekt durch Gehirnhaemorrhagie, croupöse Pneumonie u. s. w. — In den meisten Fällen dieser Kategorie hat der Harn eine blassblutige Beschaffenheit, bisweilen aber zeigt er durch Monate oder von Zeit zu Zeit (M. Br. haemorrhagicus recurrens) stärkeren Blutgehalt. Mit 9 Krankengeschichten wird diese Kategorie illustrirt. Einer dieser Fälle endigte in Folge einer Haemorrhagie in einer Grosshirnhemisphäre mit Hemiplegie, ein anderer war complicirt mit croupöser Pneumonie und Pleuritis, zwei davon zeigten mehr haemorrhagischen Charakter (der eine intermittirend), in einem weiteren Fall fand sich chronische Entzündung aller Arterien des Bauches und der Extremitäten, während Aorta und Hirnarterien normal waren, in anderen Fällen fand sich die Intima der Nierenarterien hypertrophisch, in mehreren Epithelwucherung und Verdickung der Kapsel der Glomeruli etc. Im Allgemeinen sind sämmtliche Fälle Variationen nach dem obigen Schema.

C. Die gewöhnliche granulirte Niere (Schrumpfniere u. s. w.)

Hierunter versteht W. „Nieren, welche aus den bekannten älteren atrophischen Stellen in verschiedener Zahl, Grösse, Anordnung u. s. w. bestehen, neben welchen aber das übrige Gewebe normal ist, d. h. wo die fast stets kompensatorisch erweiterten Harnkanälchen und Glomeruli keine wesentliche Störung darbieten“. Amyloidniere, senile, syphilitische, gichtische Schrumpfnieren, sowie solche die durch Herzklappen- und Harnwegekrankheiten complicirt sind, gehören nicht hierher. Ohne eine ausführliche Beschreibung des Typus geben zu wollen, führt W. nur einige länger beobachtete Fälle an, die den Symptomen oder der Anamnese zufolge aus früheren Stadien des M. Br. hervorgegangen sind. — 1. Fall: 30jähr. Brauer, starker Biertrinker. Seit 7 Jahren mehrmals im Jahr einige Tage blutiger Harn. Acuter Gelenkrheumatismus bei der 1. Aufnahme. Harn anfangs sehr eiweissreich, röthlich, mit spärlichen rothen und weissen Blutkörperchen und zahlreichen verfetteten Cylindern, hellt sich bald auf und enthält nur noch vorübergehend etwas Eiweiss. Entlassung nach 7 Wochen, Wiederaufnahme über 2 Jahre später wegen Laryngitis und Bronchitis. P. war bis dahin gesund geblieben und hatte kein Eiweiss. Abermals nach wenigen Tagen entlassen, kehrt er nach etwas über einer Woche zurück mit Kopfweh, Oedemen, verminderter Sehkraft etc. Harn hell, $^1/_{10}$—$^1/_6$ Vol. Eiweiss, niedriges spec. Gewicht, Menge 700—2500, keine Formelemente. Uraemie, Furunculosis. Tod nach 10 Tagen. Es fand sich: excentrische Hypertrophie des l. Ventrikels; Nieren verkleinert, gleichmässig granulirt, Granula gelblich. Auf dem Durchschnitt der Rinde überwiegen die narbigen Stellen vor den nicht schwieligen vor, und bestehen aus spärlichem Bindegewebe und aus einer dichten kleinzelligen Infiltration; die Harnkanälchen dazwischen höchstgradig verengt, und die Glomeruli meist atrophisch, kernlos oder kernarm.



„Manche der Narbenstreifen bestehen in der oberen Hälfte der Rinde aus Bindegewebe mit ziemlich viel Spindelzellen, in der unteren fast ganz aus kleinzellig infiltrirter Substanz." Im übrigen Theil der Nierenrinde sind Stroma und Parenchym nur kompensatorisch etwas hypertrophisch. W. hat noch nie Nieren so wie diese in der Entwicklung des Leidens zu beobachten Gelegenheit gehabt. Denkt man sich die Narbenstreifen „in kernarmes Bindegewebe verwandelt, so hat man die typischste und hochgradigste Schrumpfniere vor sich". Es folgen noch 3 weitere derartige durch Jahre beobachtete oder anamnestisch bekannte Fälle, die jedenfalls zuerst frühere Stadien des M. Br. dargeboten hatten und mit Schrumpfnieren endigten. Auch in der Privatpraxis hat W. Kranke beobachtet, welche ursprünglich an den Symptomen der chron. parenchymatösen Nephritis litten, die allmählich in die der granulirten Niere übergingen.

Stintzing (München).

---

9. **Baumüller, Ein Fall von acuter Fibrinurie.** (Virch. Arch. Bd. 82, Seite 261.)

Eine 38jährige Frau erkrankte 1876 mit Schmerzen in der rechten Nierengegend mit Hämaturie. Während ihrer zweiten Schwangerschaft 2 Jahre später bemerkte sie Wochen lang dauernden Abgang schleimiger Massen mit dem Urin. Ein bis zwei Jahre später traten mehrere Male heftigere Schmerzen auf und unter Nachlass derselben entleerten sich unter stärkerem Harndrang und Pressen weissliche schleimartige Massen. Dann genas die Frau. Die beim vorletzten und letzten Anfall entleerten Gebilde waren nun im Allgemeinen so gestaltet, dass man sie als Ausgüsse des Nierenbeckens resp. einzelner Calices ansehen musste. Sie bildeten ein gleichmässig homogenes Substrat mit Einlagerung feinerer durch Aether extrahirbarer Körnchen. Die vorgenommene chemische Untersuchung ergab keine sicheren Anhaltspunkte, machte es aber wenigstens wahrscheinlich, dass man es mit eiweissähnlichen Massen zu thun hatte. Woher diese abzuleiten sind, lässt sich nur vermuthen. Bei der völligen Genesung der Patientin kann an eine Erkrankung des Nierenparenchyms nicht wohl gedacht werden. Im Nierenbecken können aber nur zwei Prozesse in Betracht kommen. Einmal die croupöse Erkrankung der Schleimhaut, die aber wegen des Wohlbefindens der Patientin und des Mangels an Aetiologie ausgeschlossen werden muss. Andererseits kann man dann nur noch an Blutungen denken, die etwa durch Excremente veranlasst seien. Man müsste dann allerdings annehmen, dass in der relativ kurzen Zeit zwischen Schmerzanfall und Entleerung jener Massen aller Blutfarbstoff extrahirt worden sei. Aber das scheint nach anderweitigen Beobachtungen vorzukommen. Demnach wäre die Annahme wahrscheinlich, dass es sich um Fibrin gehandelt habe.

Ribbert.

---



10. **H. Meyer** und **F. Williams, Ueber acute Eisenwirkung.** (Arch. für experim. Pathol. u. Pharm. Bd. XIII. S. 70.)

Nach Anführung der in der Literatur enthaltenen pharmakologischen Versuche und Studien über die Wirkung des Eisens theilen die Verf. eine Reihe selbst angestellter Untersuchungen mit. Sie experimentirten an Fröschen, Kaninchen, Katzen und Hunden und bedienten sich einer schwach alkalischen Lösung von weinsaurem Eisenoxydnatron, die bei den Fröschen subkutan, bei den Warmblütern direkt in eine Vene eingeführt wurde. Die gewonnenen Resultate sind:

1) Bei Fröschen bedingen 5—10 mgr Eisen eine geringe Steigerung der Erregbarkeit, die allmählich in Lähmung übergeht. Die Lähmung betrifft das centrale Nervensystem, im späteren Stadium der Vergiftung scheint auch die Muskelerregbarkeit zu sinken, während das Herz keine Veränderungen zeigt.

2) Bei den Warmblütern treten zwei Symptome in den Vordergrund. Dem bei Lebzeiten beobachteten Erbrechen und Durchfall nach Eisenintoxication entspricht bei der Sektion Hyperämie und entzündliche Schwellung der Darm- und Magenschleimhaut. Die Verf. suchen den Grund dieser Erscheinung in einer Veränderung der Kreislaufsverhältnisse, in peripherer Gefässlähmung. Der Blutdruck sank nach Eiseneinfuhr stetig bis zum Tode des Thieres. Als Dosis letalis fanden die Verf. bei der Art ihrer Versuche für Kaninchen 25 mgr, für Hunde 20—50 mgr, für Katzen 30—60 mgr auf das Kilo Körpergewicht berechnet.

Das zweite Symptom der Eisenvergiftung war charakterisirt durch zunehmende Trägheit und Apathie der Versuchsthiere, die Empfindung schwindet immer mehr, ebenso die Bewegungsfähigkeit und unter ansteigender allgemeiner Lähmung tritt das Ende ein. Da Nerven und Muskeln in ihrer specifischen Erregbarkeit nicht merklich verändert gefunden wurden, so scheint auch bei Warmblütern durch das Eisen eine centrale Lähmung hervorgerufen zu werden.

Das Herz wurde als das am längsten Widerstand leistende Organ gefunden. Aus den an Kaninchen gemachten Versuchen ergab sich, dass die Pulsfrequenz in nicht nennenswerther Weise durch die Eisenwirkung herabgesetzt wird.

Da die Verf. das arterielle Blut nach Eisenvergiftung auffallend dunkel gefärbt sahen, so glaubten sie, dass es sich um eine Anhäufung von Kohlensäure im arteriellen Blute handele, erhielten indess aus mehreren Blutanalysen das Ergebniss, dass im Stadium hochgradiger Vergiftung die Sauerstoffmenge des Blutes normal, die Kohlensäuremenge dagegen erheblich herabgesetzt war.

Den Grund für diese Erscheinung suchen die Verf. in einer theilweisen Neutralisation der Blutalkalien, bedingt durch eine toxische Säurebildung, deren Art die Verf. nicht weiter festgestellt haben.

**Schulz.**

---





11. **Dr. Feldbausch,** Strassburg. **Ueber eine neue Methode permanenter Inhalationen.** (Berl. klin. Wochenschr. 1880. No. 47.)

Dr. F. wendet zur permanenten Inhalation flüchtiger Arzneistoffe Röhrchen und Kapseln an, welche mit Carbollösungen und ähnlichen Substanzen getränktes Fliesspapier oder Flanell enthalten und in die Nasenöffnungen gesteckt werden. Er empfiehlt dieselben ihrer grossen Bequemlichkeit wegen und sah besonders bei frischen Nasen-, Kehlkopf-, Luftröhrenkatarrhen, aber auch bei chronischen Bronchialerkrankungen wesentliche Erfolge. Ihre Wirksamkeit bei infektiösen Formen, bei denen sie auch als Schutzmittel Aufmerksamkeit verdienen, sieht F. darin, dass sie wenn auch nicht die Bakterien tödten, doch den Boden ihrer Entwickelung und Vermehrung möglichst ungünstig machen können. Die kleinen Apparate, von denen er drei verschiedene Formen konstruirt, sind bei C. Jehl, Münsterapotheke in Strassburg-Elsass für 2 M. zu beziehen. R.

---

12. **Pelz, Behandlung eines Mammacarcinoms mittelst Chios-Terpenthins.** (Berliner klin. Wochenschrift No. 43.)

Bei einer 53jährigen Frau war wegen Carcinom die Ablatio mammae dextrae mit Ausräumung der Achselhöhle gemacht. Recidive noch vor der vollständigen Vernarbung in Form zahlreicher kleiner, bläulich durchscheinender Knötchen, die an Grösse stetig zunahmen und schliesslich ulcerirten. Zugleich zeigten sich in der Achselhöhle dicke Drüsenpaquete. Es wurde Chios-Terpenthin dreimal täglich $^1/_2$ Gr. in Lösung gegeben, und die ulcerirenden Flächen mit Borsalbe bedeckt. Nach Verlauf eines Monats waren von den vielen Knoten an der Narbenstelle nur noch ein halbwallnussgrosser, und etwa 6 cm von der Narbe entfernt noch 2 bläulich durchschimmernde Tumoren von Kirsch- und Erbsengrösse vorhanden. Keine Ulceration mehr; die Achseldrüsen beträchtlich abgeschwollen. Da der Appetit nachliess und sich Schmerzen im Abdomen einstellten, wurde das Mittel ausgesetzt, und schon nach kurzer Zeit wucherten auf der Narbe zahlreiche neue Carcinomknoten hervor, die bald in Ulceration übergingen.

Brockhaus (Godesberg).

---

13. **Henry Morris, On Chian turpentine and its uselessnes in cancer.** Ueber Chios-Terpenthin und seine Nutzlosigkeit bei Carcinom. (The Lancet, 1880. Vol. II. Nr. 22 und 23.)

In The Lancet, I, 13 und II, 14 berichtet John Clay über auffallend günstige Wirkungen des Chios-Terpenthins bei Carcinom, insbesondere bei Carcinom der weiblichen Genitalorgane (s. Ref. in Nr. 31 d. Bl.). Die widersprechenden Angaben anderer Autoren seien hervorgerufen durch den Gebrauch falscher Präparate und durch ungenügende Anwendungsweise. H. Morris hat nun dasselbe Präparat gebraucht wie Clay, hat es in derselben Weise und genügend lange



nehmen lassen und hat durchaus keinen Einfluss des Mittels auf den Verlauf des Leidens gesehen. Er theilt zwölf Fälle ausführlich mit, welche ihn zu dem Schlusssatz berechtigen: „Es wäre mir sehr lieb gewesen, über Erfolge berichten und Prof. Clay beglückwünschen zu können zur Entdeckung einer neuen Heilmethode gegen Carcinom. Doch hat sich mir nach langen und sorgfältigen Versuchen die Ueberzeugung aufgedrängt, dass der Chios-Terpenthin als Heilmittel gegen Carcinom vollständig werthlos ist."

Ebenso wurde in der Sitzung des Medical Committee of the Middlesex Hospital am 20. November a. c. beschlossen, kein Chios-Terpenthin in Fällen von Carcinom mehr zu verwenden, weil es nach langen und sorgfältigen Versuchen sich als ganz nutzlos erwiesen.

E. Bardenhewer.

---

## Neue Bücher.

Beneke, Constitution und constitutionelles Kranksein des Menschen. Mit 12 chromolith. Tafeln. Marburg, Elwert'sche Verlagsbuchhdlg. M. 4.50.

Bouchard, Ueber die Methode in der Therapeutik. Ins Deutsche übers. von Dr. Grosser. Berlin, E. Grosser. M. 1.—.

Cadet de Gassicourt, Traité clinique des maladies de l'enfance. Paris Doin. 11 fr.

Delfeau, Manuel complet des maladies des voix urinaires et des organes génitaux. Paris, Doin. 11 fr.

Grünfeld, Endoskopie der Harnröhre und Blase. Mit 22 Holzschnitten u. 3 Tafeln in Farbendruck. Stuttgart, Enke. 7 Mark.

Handbuch der Kinderkrankheiten, herausgegeben v. Gerhard. Bd. VI. Abth. 2. Tübingen, Laupp'sche Buchhdlg. M. 15.—.

Handbuch der allgemeinen Therapie, herausgegeben von Ziemssen Bd. II. 1. Theil. Klimatotherapie v. Weber, Balneotherapie v. Leichtenstern. Leipzig, F. C. W. Vogel. M. 9.—.

Hegar und Kaltenbach, Die operative Gynäkologie mit Einschluss der gynäkologischen Untersuchungslehre. 2. gänzl. umgearb. und vermehrte Aufl. 1. Hälfte. Mit 134 Holzschnitten. Stuttgart, Enke. M. 8.60.

Kaposi, Die Syphilis der Haut und der angrenzenden Schleimhäute. Mit 142 Figuren in 76 chromolith. Tafeln von Heitzmann. 1. Lfg. Wien, Braumüller. M. 6.—.

Kocher, Ueber Schusswunden. Die Wirkungsweise der modernen Kleingewehr-Geschosse. Leipzig, T. C. W. Vogel. 2 Mark 40 Pfg.

Mauthner, Gehirn und Auge. Wiesbaden, J. T. Bergmann. M. 7.—.

Michel, Zur Behandlung der Krankheiten der Mundrachenhöhle und des Kehlkopfes. Leipzig, T. C. W. Vogel. 3 Mark.

Neumann, Atlas der Hautkrankheiten. 72 Tafeln in Chromolithographie ausgeführt von Heitzmann. 1. Lfg. Wien, W. Braumüller. M. 10.—.

Schubert, Ueber syphilit. Augenkrankheiten. Nach Beobachtungen aus der Augenklinik des Professor Cohn in Breslau. Berlin, P. Letto. M. 3.60.

Vogt, Die chirurgischen Krankheiten der oberen Extremitäten. Mit 116 Holzschnitten und 2 Tafeln. Stuttgart, Enke. M. 8.—.

---

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.



Erscheint wöchentlich.
Jeder Jahrgang umfasst
52 Bogen nebst Titel
und Register.

# Centralblatt
für
# KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M.,
zu beziehen durch alle
Buchhandlungen und
Postanstalten.

Redigirt von

**Dr. H. Rühle,** Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.
und
**Dr. D. Finkler,** Privatdocent und Assistent an der medicin. Klinik in Bonn.

**1880. 18. Dezember. Nro. 39.**

**Inhalt.** Referate: 1. **Ranke**, Zur Aetiologie der Diphtherie. — 2. **Seggel**, Trichinose im Jahre 1880 in Forchheim und Umgegend. — 3. **Murri**, Della Emoglobinuria da freddo. — 4. **Ranke**, Bemerkungen über ein fünf Monate altes Kind mit angeborenem Mangel aller Gliedmassen. — 5. **Munk**, Ueber die Sehsphären der Grosshirnrinde. — 6. **Rank**, Zur Lehre von der Poliomyelitis anterior acuta adultorum. — 7. **Schmidt**, Beiträge zur Kenntniss der Puerperalpsychosen. — 8. **Jolly**, Ueber das Vorkommen von Fettembolie bei aufgeregten Geisteskranken. — 9. **Grawitz**, Ueber angeborene Bronchiectasie. — 10. **Ahrendts**, Kaltwassereinspritzung in die Harnblase. — 11. **Becker**, Ueber einen unter dem Bilde des Icterus gravis verlaufenden Fall von acuter tödtlicher, wahrscheinlich diphtheritischer Allgemeininfection. — 12. **Küster**, Diphtherie-Intoxication oder Vergiftung durch chlorsauren Kali. — 13. **Hofmeier**, Ein Beitrag zur Casuistik der Vergiftungen mit chlorsaurem Kali. — 14. **Wegscheider**, Nachtrag zu dem „Beitrag von Dr. J. Hofmeier".

1. **Prof. H. Ranke, Zur Aetiologie der Diphtherie.** Vortrag gehalten im Aerztlichen Verein München. (Aerztliches Intelligenzblatt. 1880. No. 48, 49.)

Die Frage, ob es gegenwärtig Fälle von genuinem Croup nicht diphtherischen Ursprungs gebe, beantwortet der Verf. dahin, dass er in den letzten Jahren keinen Fall von membranöser Laryngitis beobachtet habe, der sich als wahrscheinlich genuin herausgestellt hätte. Der Verf. führt fünf Beispiele von Croup an, zu denen entweder unzweifelhafte diphtherische Affektionen sich hinzugesellten, oder denen in der nächsten Umgebung Fälle von Diphtherie vorangegangen waren oder nachfolgten. Das auffallendste Beispiel betrifft einen Knaben von 7 Jahren, der früher schon zwei ähnliche Anfälle von sog. Pseudocroup glücklich überstanden, diesmal aber so heftig erkrankte, dass die Tracheotomie nothwendig wurde. Am dritten Tage nach der Operation zeigte die Wunde einen übelriechenden diphtherischen Belag. Da eine Infection durch die Instrumente ausgeschlossen werden konnte, so nimmt der Verf. die diphtherische Natur der Larynx-Affektion an, obwohl an demselben Orte sonst niemals Diphtherie vorgekommen war. Statistische Erhebungen, welche in England die medicinisch-chirurgische Gesellschaft von London veranlasste, führten zu dem Resultate, dass kein beweiskräftiger Fall von genuiner membranöser Laryngitis erbracht werden konnte; auch sporadische Fälle



von membranöser Laryngitis können sehr wohl diphtherischer Natur sein. Der Verf. führt nun aus, dass weder symptomatische noch pathologisch-anatomische Hilfsmittel für die Unterscheidung der genuinen und der diphtherischen Form vorhanden seien. Weder die An- oder Abwesenheit der Mikrokokken sei entscheidend (diese würden manchmal in unzweifelhaft diphtherischen Trachealmembranen äusserst spärlich oder auch gar nicht gefunden), noch auch die Albuminurie, welche bei membranöser Laryngitis ohne Pharynxaffektion, wenn auch sehr viel seltener, wie bei unzweifelhafter Diphtherie zur Beobachtung komme; ebensowenig geben palpable Drüsenschwellungen oder paralytische Erscheinungen einen stets sicheren Entscheid. Die Ansicht, dass der genuine Croup vom diphtherischen durch die Nichtcontagiosität sich unterscheiden lasse, sei nicht zutreffend. Da nun einfache, durch Erkältung entstandene Laryngitis wahrscheinlich niemals zur Bildung von Membranen, resp. zum Tode führe, so komme vermuthlich die membranöse Laryngitis (abgesehen von den durch Reizungen intensivster Art, Verbrühungen, Aetzungen hervorgerufenen Fällen) anders als nach diphtherischer Infection nicht vor.

Der Vf. betont noch, dass die Fälle von reiner Larynx-Diphtherie von denen, die mit Pharyngealdiphtherie combinirt sind, durch ihre geringere Gefährlichkeit sich unterscheiden, indem bei Ersteren insbesondere die Tracheotomie eine relativ günstige Prognose gebe.

Wolffberg.

---

2. **Seggel, Trichinose im Jahre 1880 in Forchheim und Umgegend.** (Aertzliches Intelligenzblatt 1880. No. 48.)

Eine kleine Epidemie mit 12 Erkrankungen ohne Todesfälle, entstanden nach Genuss von Wurstgehäck und halbrohen Bratwürsten. Ordination starke Abführmittel, Natr. salicylicum, Chloralhydrat.

Wolffberg.

---

3. **A. Murri, Della Emoglobinuria da freddo.** Ueber Erkältungshämoglobinurie. (Bologna 1880.)

M. hat vier Fälle dieser Krankheit beobachtet, welche alle, von kleinen Differenzen abgesehen, dasselbe charakteristische Bild darboten. So lange die Kranken unter genügend warmer Bedeckung im Bett blieben, bestand vollständige Euphorie; sobald sie sich einer irgend intensiveren Kälte aussetzten, traten die Anfälle von Hämoglobinurie ein. Die Haut erblasste und nahm eine gelbliche Färbung an; die Ohren, die Spitzen der Finger, der Zehen und der Nase wurden cyanotisch. Die Kranken klagten über Frostschauer, vermehrten Durst, Abgeschlagenheit, Gefühl von Druck in Magen- und Lebergegend, Brustbeklemmung; zuweilen war Brechneigung vorhanden. An den Knöcheln und Augenlidern stellten sich leichte Oedeme ein. Der Puls wurde klein und frequent, die Respiration beschleunigt. Die Temperatur war bei 3 der Kranken während des Anfalls normal, öfters sogar subnormal bis unter 36,0° sinkend; zuweilen stieg sie gegen Ende des Anfalls etwas, aber nie über 38,3° C. Bei dem vierten Kranken hin-



gegen, demselben, in dessen Blute sich die unten näher beschriebenen Veränderungen fanden, wurde jedesmal eine Temperatursteigerung constatirt; in einem mit diesem Kranken angestellten Versuche, bei welchem die Füsse, während der übrige Körper warm zugedeckt im Bette lag, fast $^3/_4$ Stunde lang in einem Bade von 8° gehalten wurden, worauf ein heftiger Anfall von Hämoglobinurie eintrat, zeigte das Thermometer in der Achselhöhe als höchsten Stand 40,8°. Die Leberdämpfung zeigte während des Anfalls eine ausgesprochene Vergrösserung; bei der Milz war dieselbe nicht so deutlich. In einem Falle war an der Herzspitze ein den 1. Ton begleitendes und ihn etwas überdauerndes blasendes Geräusch zu hören. Im Uebrigen ergab die physicalische Untersuchung der Kranken während des Anfalls nichts von Bedeutung. Der Urin nahm an Menge ab, in einem Falle von 50 ccm per Stunde auf 30; das specifische Gewicht stieg (bis 1030). Anfangs zeigten sich nur die normalen Harnbestandtheile vermehrt; dann erschien Eiweiss, hyaline und granulirte Cylinder, Epithel der Harnkanälchen, theils im Zerfall begriffen, theils unversehrt; endlich zeigte sich Hämoglobin, welches je nach seiner Menge dem Urin eine braunrothe bis schwärzliche Färbung, ähnlich der Farbe des Malagaweines mittheilte. Rothe Blutkörperchen wurden nur einigemale in ganz geringer Zahl im Urin gefunden. Ebenso schnell wie er gekommen, verschwand der ganze beschriebene Symptomencomplex, sobald die Kranken sich wieder zu Bett legten oder sich an einen warmen Ort begaben. Die Untersuchung des Blutes ergab bei zwei Kranken während des Anfalls ausser vielen weissen granulirten Körperchen nichts Abnormes; bei einem dritten war der Befund sehr interessant. Die Menge der rothen Blutkörperchen, nach der Methode von Malassez bestimmt, war geringer als normal; die Untersuchung mit Quincke's Hämochromometer ergab eine Abnahme des Hämoglobingehalts. Die rothen Blutkörperchen waren zum Theil unverändert, zum Theil zeigten sie zackige Conturen, tiefe Einkerbungen als wollten sie sich theilen, andere wieder hatten Biscuit- und Pessarienform. Freie Pigmentkörnchen wurden nicht gefunden, dagegen zeigte sich das Serum durch gelösten Blutfarbstoff roth gefärbt. Aehnliche wenn auch nicht so hochgradige Veränderungen zeigten die Blutkörperchen bei einem Versuche, bei welchem ein Ohr des Kranken der Einwirkung der Kälte ausgesetzt und aus diesem, als sich cyanotische Färbung zeigte, Blut entnommen wurde. Es kam hierbei wegen der geringen Ansdehnung der von dem Kältereiz getroffenen Partie nicht zu einem Anfall von Hämoglobinurie. Controlversuche bei Gesunden in ähnlicher Weise, nur mit doppelt so lange dauernder Einwirkung der Kälte angestellt, ergaben in den Blutproben nur normale Körperchen.

Die Anamnese ergab, dass die Anfälle der Hämoglobinurie sich entwickelt hatten ohne dass irgend eine besondere Krankheit ihnen unmittelbar vorhergegangen war; nur in einem Falle waren sie im Anschluss an einen intensiven Icterus aufgetreten. Sie kehrten regelmässig im Winter wieder, cessirten mit Beginn der wärmeren Jahreszeit und befanden sich die Kranken im Sommer ganz wohl; indess bestand stets ein gewisser Grad von Anämie. Bei zweien der Kranken konnte eine syphilitische Infection unzweifelhaft constatirt werden;



auch bei den beiden andern zeigten sich während der Dauer der Beohachtung verschiedene Symptome, welche den Verdacht auf Lues sehr nahe legten. Aus diesem Grunde wurde, da alle sonst angewandten Behandlungsmethoden, die Darreichung von Chinin und Eisen etc. erfolglos geblieben waren, bei sämmtlichen Kranken eine antisyphilitische Kur unternommen. Der Erfolg war in 2 Fällen ein vollständiger. Einer der Kranken kann seit 3 Jahren sein Geschäft als Kutscher den ganzen Winter hindurch wieder versehen, und obwohl er sich, namentlich im letzten Winter, öfteren und itensiven Kälteeinwirkungen aussetzen musste, ist doch kein Anfall von Hämoglobinurie mehr eingetreten. (Auch in einem von Harley geheilten Falle war neben Chinin Quecksilber angewandt worden.) Ein dritter Fall M.'s ist noch in Behandlung. Der vierte Kranke ging, nachdem er im Winter eine specifische Kur durchgemacht hatte, während des Sommers an acuter Tuberculose zu Grunde. Die Section ergab massenhafte Tuberkeleruptionen in den Lungen, dem Netz, dem Mesenterium, einem Theil der Serosa des Ileum etc. Die rechte Niere lag tiefer als die linke und hatte je 2 Arterien und Venen, von welch' letzteren die eine quer vor der Aorta zur linken Nierenvene verlief. Um Aorta und Cava ascendens stark geschwollene Drüsenpakete. Beide Nieren vergrössert, hyperämisch, Corticalis verdickt. Die mikroskopische Untersuchung ergab Vermehrung des interstitiellen Bindegewebes, besonders stark in der Umgebung der in spärlicher Zahl sich findenden Tuberkel. Die Epithelien der Harnkanälchen zum Theil normal, zum Theil geschwollen, stark granulirt, mit undeutlichem Kern, leicht von ihrer Unterlage sich ablösend. An verschiedenen Stellen, besonders der Rindensubstanz, in den Epithelien gelbliche, rothe und schwarze Pigmentkörner, einzeln und in kleineren Häufchen. Malpighische Knäuel vergrössert, Bowman'sche Kapsel und Wandung der kleineren Arterien verdickt. Letztere in der Corticalis bald mehr gleichmässig, bald varicös erweitert und mit rothen Blutkörperchen vollgepfropft. Die Oberfläche der Leber durch narbige Stränge gefurcht; auch in diesem Organ Tuberkel und starke Entwicklung des interacinösen Bindegewebes, wodurch an verschiedenen Stellen die Leberzellen zu Grunde gegangen sind. Aehnliche Veränderungen, wie die oben beschriebenen, boten den Nieren eines andern von Prof. Orsi beobachteten und plötzlich gestorbenen Kranken, der gleichfalls an zeitweiliger Haemoglobinurie gelitten hatte.

Anlangend nun das Wesen der Erkältungshämoglobinurie, so kann nach M. keine der bekannten Formen von Nephritis als Ursache der constanten und charakteristischen Veränderungen des Urins angesehen werden, da keine derselben in kurzer Zeit (3—4 Stunden) entsteht und wieder verschwindet. Auch kann es sich nicht um eine durch die Ischaemie der Haut verursachte Fluxion zu den Nieren, um eine active Hyperaemie derselben handeln, weil sonst die Menge des Harns, anstatt vermindert, vermehrt sein müsste, wie dies z. B. im Froststadium des Wechselfiebers der Fall sei. Nach M. ist vielmehr das wesentliche eine allgemeine Stase, eine Verlangsamung des Blutstroms, und in Folge davon eine Anhäufung des Blutes im venösen, eine Leere im arteriellen System. Beweise hierfür seien die Cyanose der extremsten Körpertheile, der kleine, frequente Puls und die in jedem Anfall

zu constatirende Vergrösserung der Leberdämpfung, welche nur durch eine periodische stärkere Ansammlung von Blut in diesem Organ zu erklären sei. Bestätigt werde diese Ansicht auch durch die subjectiven Beschwerden der Kranken, besonders durch das constante Gefühl von starker Beklemmung auf der Brust, als dessen Ursache die ungenügende Arterialisation des Blutes anzusprechen sei. Was die Eiweissausscheidung durch die Nieren betrifft, so sind nach M. bei diesem Vorgang Veränderungen des Blutdrucks ohne Bedeutung, da sowohl bei vermehrtem als vermindertem Druck Eiweiss im Urin auftreten kann. Vielmehr sei auch hier die Verlangsamung des Blutstroms und die Ueberladung des Blutes mit Kohlensäure von Wichtigkeit, da hierdurch Störungen in der Ernährung der Gefässwandungen gesetzt würden, welche dieselben für Eiweiss permeabel machten. Dass Ernährungsstörungen wirklich vorhanden seien, werde durch das Auftreten zerfallender Epithelien der Harnkanälchen im Urin bewiesen. Auch die Anämie der Kranken begünstige eine Ernährungsstörung, wie man sich andererseits ganz gut vorstellen könne, dass der öftere Wiederkehr des Krankheitsprocesses in den Epithelien der Harnkanälchen eine Neigung zur Production von Cylindern resp. zur Metamorphose in dieselben erzeugen könne. Das Zustandekommen der Stase denkt sich M. folgendermassen. Der Kältereiz wirkt auf die Endigungen der die Temperatureindrücke aufnehmenden Nerven in der Haut; er wird von den Kranken in richtiger Weise empfunden und von den Nerven centripetal fortgeleitet. Anstatt dass nun, wie unter normalen Verhältnissen, auf reflectorischem Wege eine Verstärkung des Tonus, eine Contraction der kleineren Arterien Statt findet, kommt hier das Gegentheil, eine Herabsetzung des Tonus, eine Erweiterung der kleineren Arterien zu Stande, sei es nun, dass die gefässverengernden Nerven in ihrer Wirkung beeinträchtigt oder dass die gefässerweiternden Fasern übermässig gereizt würden. Die Folge ist Verlangsamung des Blutstroms und Stase. Möglich sei es aber auch, dass zunächst in Folge des Kältereizes Verengerung der kleineren Arterien reflectorisch zu Stande käme, dass dieselbe aber nicht beobachtet werden könne, weil die auch unter normalen Verhältnissen der anfänglichen Contraction folgende Erschlaffung hier zu rasch eintrete. Anlangend das am meisten charakteristische Symptom der Krankheit, das Auftreten des Hämoglobins im Urin, so weist M. die Ansicht Ilgners, dass durch ein specifisches, ins Blut eintretendes Virus die Dissolution der rothen Blutkörperchen verursacht werde, zurück. Ferner bekämpfte er die Annahme Beale's, dass die Zersetzung in den Capillaren der Leber stattfinde und die von Popper aufgestellte Hypothese, nach welcher in Folge einer abnormen Erregung des Rückenmarks Contraction der Gallengänge und Gallenstauung eintreten soll, so dass der Farbstoff der alternden und zerfallenden rothen Blutkörperchen nicht mehr zur Gallenbereitung verbraucht, sondern durch den Urin ausgeschieden wird. Dagegen spricht nach M. das Fehlen des Gallenfarbstoffs im Urin und die Vergrösserung der Leber während des Anfalls. Greenkow hat die Ansicht aufgestellt, dass als Ursache der Hämoglobinurie eine oxalsaure Diathese anzusehen sei, und begründet dieselbe damit, dass er im Harn seiner Kranken oxalsauren Kalk gefunden hat. M.



hat diesen Stoff im Urin seiner Kranken nie angetroffen. Er glaubt vielmehr, das Wesen des Processes in einer Functionsstörung der blutbildenden Organe suchen zu müssen. Gestützt auf die oben erwähnten Blutuntersuchungen meint er, dass die blutbereitenden Organe unvollkommen entwickelte und daher dem Zerfall leicht anheimfallende Blutkörperchen dem Blute mittheilten. Er vermuthet, dass derartige Blutkörperchen dem zerstörenden Einfluss der Kälte und der Kohlensäure nicht den Widerstand entgegen setzen können, wie normale, so dass schon schwache Einwirkung dieser beiden Agentien zu ihrer Dissolution hinreicht. Welches der blutbereitenden Organe und in welcher Weise es afficirt ist, gesteht M. zu, nicht angeben zu können. Dass der Zerfall der rothen Körperchen im Blut vor sich geht, und nicht, wie Legg u. A. meinte, im Urin, sucht M. zu beweisen 1) durch den Umstand, dass er in seltenen Fällen unversehrte rothe Körperchen im Urin seiner Kranken fand 2) dadurch, dass er, wenn er gesundem Blute etwas von dem Urin der Kranken zusetzte, keine Zerstörungen der Körperchen nachweisen konnte.

## Schlusssätze.

1. Das Wesen der Krankheit besteht in einem krankhaften Zustand der Organe, welche die Blutkörperchen bilden, so dass dieselben dem Blute in einem Zustande mitgetheilt werden, der sie gegen eine mässige Einwirkung der Kälte und der im Uebermasse im Blut enthaltenen Kohlensäure widerstandsunfähig macht.

2. Ein zweites Moment liegt in einer abnormen Erregung der vasomotorischen Nerven durch das Reflexcentrum.

3. Beide Bedingungen sind im kranken Organismus immer vorhanden, entfalten ihre Wirksamkeit aber nur, wenn ein Kältereiz die thermischen Nerven der extremen Körpertheile trifft.

4. Die abnorme Erregung der vasomotorischen Nerven führt zu einer Erweiterung des Gefässsystems und einer Verlangsamung des Blutstroms.

5. Die Verlangsamung des Blutstroms bewirkt, dass in den vom Herzen entfernteren und kleineren Körpertheilen, die weniger Wärme erzeugende Gewebe (Muskeln) haben und daher der Kältewirkung stärker ausgesetzt sind, das Blut kälter und an Kohlensäure reicher wird; eine Folge davon ist die Decomposition der weniger widerstandsfähigen rothen Körperchen.

6. Die beiden krankhaften Momente wirken nicht immer in gleichem Maasse; in einzelnen Fällen überwiegt die Verlangsamung des Blutstroms, während die Dissolution der Blutkörperchen keinen hohen Grad erreicht; in andern Fällen findet man das umgekehrte Verhältniss.

7. Das im Plasma gelöste Hämoglobin wird zum grössten Theil durch die Nieren ausgeschieden; ein kleiner Theil geht mit der Lymphe in die Gewebe des Körpers; zuweilen verlässt ein kleiner Theil den Organismus durch den Darm. Daher die Hämoglobinurie, die gelbe Verfärbung der Haut und der Conjunctiva; in sehr seltenen Fällen Enterorhagie.





8. Die bisher ausgeführten Obductionen liefern den anatomischen Beweis für die Stase in den Nieren, erklären aber nicht das Wesen des Krankheitsprocesses. Was man hierüber weiss, stützt sich nur auf klinische Beobachtung und Folgerungen aus physiologischen Experimenten.

9. Im Urin findet sich gewöhnlich kein Gallenpigment, weil bei gesundem Zustand der Leberzellen und freier Gallencirculation Erstere auf das Bilirubin eine grössere Attractionskraft ausüben, als die Nierenzellen; nur wenn die Menge des im Blute circulirenden Bilirubins gross und der Zustand der Leber kein ganz normaler ist, geht Gallenpigment auch in den Harn über.

10. Das Auftreten der Krankheit in Paroxysmen hängt allein von nervösen Einflüssen ab; ebenso, wenn auch indirect, die während des Anfalls beobachtete und als Folge der Nierenstase anzusehende Verringerung der Menge, die Erhöhung des specifischen Gewichts und das Auftreten von Eiweiss im Urin.

11. Während des Anfalls beobachtet man zuweilen, aber nicht immer, eine rasche und starke Vermehrung der Wärmeproduction und scheint dieselbe der Menge der zerstörten Blutkörperchen proportional zu sein.

12. Die Grundursache des anormalen Verhaltens der blutbildenden Organe bleibt fast immer dunkel, aber es kann nicht bezweifelt werden, dass zuweilen eine syphilitische Infection älteren oder jüngeren Datums dabei im Spiele ist.

13. Die einzige, bis jetzt wirksame Behandlung war die mercurielle, die aber nur in einem sehr kleinen Theil der Fälle angewendet worden ist. Die empfohlenen und mit grösster Sorgfalt durchgeführten hygienischen Vorsichtsmassregeln sind nicht im Stande, die Krankheit zu heben; sie machen dieselbe latent, indem sie die Kranken vor der Einwirkung der Kälte, der alleinigen Ursache eines Anfalls, bewahren.

14. Die Wirksamkeit einer antisyphilitischen Kur in Fällen, wo Hämoglobinurie nachgewiesenermassen bei mit Lues behafteten Kranken vorkommt, beweist, dass mit der besseren Erkenntniss der Grundursache der Krankheit in den einzelnen Fällen auch die Wahrscheinlichkeit einer vollständigen Heilung wächst.

Brockhaus (Godesberg).

---

4. **Ranke, Bemerkungen über ein fünf Monate altes Kind mit angeborenem Mangel aller Gliedmassen.** (Virch. Arch. Bd. 82. S. 360.)

Das fünf Monate alte Kind ganz gesunder Eltern entbehrt aller Gliedmassen. An der Rückseite des Akromion befindet sich beiderseits in der Haut ein längliches Grübchen. Schultergürtel soweit erkennbar normal. Ebenso der Beckengürtel gut ausgebildet. In der Gegend der Acetabula beiderseits auf der Höhe des abgerundeten Fettpolsters eine trichterförmige Einsenkung, in jeder derselben ein brustwarzenähnliches, weiches, teigiges Gebilde. Das Kind war im Uebrigen





durchaus normal entwickelt. Die anatomische Untersuchung des kurz nach der Vorstellung gestorbenen Kindes war leider nicht möglich. Durch Vergleich seines Falles mit den in der Literatur verzeichneten gewinnt Verf. folgende gemeinsame Beobachtungen: da in allen Fällen der Schulter- und Beckengürtel normal vorhanden war, so ergiebt sich, dass die Entstehung dieser knöchernen Gürtel von dem Hervorsprossen der Extremitäten selbst unabhängig ist. Zweitens fanden sich in allen Fällen jene warzenförmigen Gebilde in einer Grube an Stelle der Acetabula. Sie können wohl nichts anderes sein, als die in der frühesten Foetalzeit entstandenen, nicht weiter entwickelten Extremitätensprossen. In allen Fällen waren ferner die „Warzen" die Ansatzpunkte der Beckenmuskeln, welche sich am Oberschenkel inseriren sollten.

Stets wird weiterhin das Grübchen am Akromion, in einem Falle auch eine „Warze" an dieser Stelle beschrieben. Erwähnenswerth ist ferner noch, dass das Steissbein im Falle des Verf. grade war, so dass die derbe und kräftige Spitze desselben einen Stützpunkt abgab, der es im Verein mit den beiden Sitzhöckern dem Kinde ermöglichte, mit ganz geringer Unterstützung zu sitzen.

Ribbert.

---

5. **Munk, Ueber die Sehsphären der Grosshirnrinde.** (Monatsberichte der berliner Akademie. Juni 1880. S. 485—506.)

Im Verfolg seiner Studien über die Lokalisation des Gesichtssinnes in der Grosshirnrinde ist es dem Verf. gelungen, die ganze „Sehsphäre", deren Ausdehnung am hinteren Theile des Grosshirns durch Abbildungen illustrirt wird, auf beiden Seiten zu exstirpiren. Dauernde „Seelenblindheit" ist das Resultat dieser Operation. Nur die Reaction der Iris auf Licht bleibt bestehen; dieser Reflex hat also in einem näher der Hirnbasis gelegenen Centrum seinen Sitz. Durch partielle Exstirpationen wurde konstatirt, dass den einzelnen Retinafeldern räumlich begrenzte Abschnitte der Sehsphären entsprechen und zwar so, dass die Rindenelemente räumlich ähnlich wie die Endigungen in der Retina angeordnet sind. Nur findet eine partielle Kreuzung statt. Die äusserste laterale Partie jeder Retina ist dem äussersten lateralen Stücke der gleichseitigen Sehsphäre zugeordnet. Der übrige Theil jeder Retina gehört der gegenseitigen Sehsphäre zu, und zwar so, dass der laterale Theil des Retinarestes dem lateralen Rande des Sehsphärenrestes, der innere Rand der Retina dem medialen, der obere dem vorderen, der untere dem hinteren Rande der Sehsphäre entspricht.

Die Frage, ob gleich grossen Retinalschnitten auch entsprechend grosse Stücke der Sehsphären entsprechen, beantwortet Munk dahin, dass die Rindenstrecke für das mediale Viertel der lateralen Retinahälfte, d. h. für die Stelle des direkten Sehens an relativer Grösse erheblich überwiegt.

Wenn die Rindenpartie, welche der Stelle des direkten Sehens entspricht, beiderseitig exstirpirt ist, sieht der Hund zwar mit den übrigen Theilen der Netzhaut, aber diese Gesichtseindrücke gestalten sich nicht mehr zu Vorstellungen, er reagirt nicht auf den Anblick des Futters, des Menschen, der Peitsche etc. Erst nach längerer Uebung



lernt er wieder die Gegenstände erkennen und zwar schliesslich so vollkommen wie vor dem Eingriff. Dieselben Erscheinungen zeigt ein Hund, welchem die besprochene Stelle einseitig exstirpirt ist, sobald man ihm das gesunde Auge verbindet. Unterlässt man es, in diesem Falle das geschädigte Auge bei Verschluss des anderen zu üben, so zeigt es nach Monaten die beschriebenen Phänomene der „Seelenblindheit“ gerade so, wie kurz nach der Operation.

Die Deutung dieser Versuche ist, dass die Erinnerungsbilder der gesehenen Objekte an denselben Stellen der Hirnrinde lokalisirt sind, an denen das Sehen selbst stattfindet, dass aber solche Erinnerungsbilder überall nur dann zu Stande kommen, wenn die Aufmerksamkeit dem Gesehenen zugewandt ist. Dies ist für gewöhnlich nur bei den durch die Stelle des direkten Sehens vermittelten Gesichtseindrücken der Fall. Wird die dieser Stelle entsprechende Hirnpartie exstirpirt, so sind auch alle Erinnerungsbilder entfernt und die jetzt das Sehen vermittelnden Stellen müssen sich erst solche verschaffen, ehe eine vernünftige Verwerthung des Gesehenen wieder möglich wird. Es mag noch hervorgehoben werden, dass die Erinnerungsbilder der anderen Körperhälfte bei einseitiger Exstirpation der Verwerthung des Gesehenen nicht zu Hülfe kommen, dass also Gesichtseindrücke nur mit solchen Erinnerungsbildern zu Vorstellungen verarbeitet werden können, welche an dem Orte ihrer Entstehung abgelagert sind. Bei partiellen Exstirpationen wurde beobachtet, dass einzelne Gesichtseindrücke dem Thiere noch bekannt waren, andere fehlten.

N. Zuntz.

---

6. **C. Rank** (München), **Zur Lehre von der Poliomyelitis anterior acuta adultorum.** (Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. XXVII, Heft 1 u. 2, p. 129.)

Heine, dem das Verdienst gebührt, die spinale Kinderlähmung als wohlcharakterisirte Krankheitsform in die Wissenschaft eingeführt zu haben, war schon der Meinung, dass diese Krankheit spinalen Ursprungs sein müsse. Dementgegen bezeichneten sie andere Autoren auf Grund negativer anatomischer Befunde als „essentiell“, bis später eine Reihe von Forschern den spinalen Sitz bestätigten. Nach diesen handelt es sich um eine entzündliche zur Atrophie führende Laesion der grauen Vordersäulen des RM mit Schrumpfung oder Schwund von Ganglienzellen. Während nun Charcot u. A. die Veränderung der Ganglienzellen als das Primäre, die Veränderung der Bindesubstanz als secundär bezeichnen, ist nach Roger und Damaschius, Rineker und Roth die Atrophie der Ganglienzellen eine Folge der interstitiellen Myelitis. Diese letztere Anschauung fand weitere Anhänger an Erb und Fr. Schulze, während Leyden wiederum den einheitlichen anatomischen Prozess in Abrede stellte und 3 Formen annahm, welche nur die akute Entstehung im Kindesalter und die schliessliche Atrophie der grauen Substanz gemeinsam hätten: 1) Circumscripte herdförmige Myelitis in den Vorderhörnern, 2) Diffuse centrale Myelitis vorwiegend in der grauen Substanz der Vorderhörner, 3) Multiple disseminirte Sklerose mit vorwiegender Schrumpfung der Seiten- und Hinterstränge. Die 3. Form steht in Widerspruch mit allen andern anatomischen Be-



funden und mit den fast ausschliesslich motorischen Symptomen der spinalen Kinderlähmung. Bis jetzt steht also so viel fest, dass diese Krankheit in einer akut auftretenden Laesion der grauen Vordersäulen ihr anatomisches Substrat besitzt, also nach Kussmaul's Terminologie eine „Poliomyelitis ant. acuta“ ist.

Lange hielt man diese Krankheit für eine Eigenthümlichkeit des Kindesalters, da machten Duchenne, Vogt u. A. auch beim reiferen Alter ähnliche Beobachtungen, und schon 2 solche von Kussmaul und Guming beschriebene Fälle sind bestimmt als akute atrophische Spinallähmung aufzufassen. Duchenne zuerst (1872) und nach seinem Vorgange Erb, Frey, Leyden, Eisenlohr, Remak u. A. stellten dann eine auch bei Erwachsenen vorkommende, der spinalen Kinderlähmung entsprechende Lähmungsform auf. Durch Gombault's Leichenbefund — Atrophie der Ganglienzellen in den Vorderhörnern bei einer alten Frau, welche die für die Krankheit charakteristischen Symptome dargeboten — wurde Duchenne's Vermuthung zur Gewissheit erhoben, und ebenso bestätigten 2 Fälle von Leyden die Aehnlichkeit des anatomischen Prozesses dieser Lähmungsform bei Erwachsenen mit dem bei Kindern. Entscheidend aber war eine Beobachtung von Fr. Schulze, der in der Leiche eines 45jähr. Weibes, die an den bekannten Symptomen gelitten, akute Myelitis mit vorwiegender Betheiligung der grauen Substanz der Vorderhörner fand. An den afficirten Stellen der grauen Substanz waren die Ganglienzellen theilweise gänzlich verschwunden, die Axencylinder und longitudinalen Nervenfasern reducirt; statt des normalen Gewebes fanden sich zahlreiche Deiters'sche Zellen, nackte Kerne und bald lockereres, bald dichteres Gewebe von Neurogliafasern, die Gefässe z. Th. verdickt, mit Kernanhäufungen, die Vorderwurzeln atrophisch, Hinterstränge normal.

Symptomatologie. Beginn mit Fieber, Kreuz- und Gliederschmerzen. Rasch und gleich in grösster Ausbreitung sich enwickelnde motorische Lähmung, bisweilen mit vorübergehender Blaseninkontinenz. Seltener sind einzelne, in 53% alle 4 Extremitäten befallen (bei Kinderlähmung dagegen wiegen die Monoplegien vor). Entweder folgt bald Restitution — „temporäre Lähmungen“ — oder längere Funktionsunfähigkeit mit progressiver Atrophie und Sinken der elektrischen und Reflexerregbarkeit. Sensibilität und Sphinkteren bleiben intakt, Decubitus fehlt. Praedisponirt ist das männliche Geschlecht und das Lebensalter von 15—35. In Fällen von progressiver Atrophie sinkt die faradische Erregbarkeit, und die galvanische nach vorübergehender Erhöhung, welcher Entartungsreaktion folgt. Bei eintretender Restitution erscheint oft die Motilität früher als die faradische Erregbarkeit. Neben der Atrophie besteht in den gelähmten Gliedern Blässe und Kälte, sowie Hauthypertrophie, in Fall 1 (unten) reichlicher Haarwuchs. Einzelne Autoren beobachteten ferner Verschwinden der Fussschweisse, die bei der Restitution wiederkehrten. — Die Symptome finden ihre naturgemässe Erklärung, wenn wir die grossen multipolaren Ganglienzellen in den Vorderhörnern, die ja atrophisch gefunden werden, als motorische und trophische Centren für die betreffenden Nerven und Muskeln ansehen, wozu die Physiologie und die klinische Pathologie Berechtigung geben.



Die Diagnose kann in manchen Fällen, besonders bei Monoplegien, sehr schwierig sein. Die diffuse Myelitis mit akuter Atrophie der vorderen und hinteren Spinalganglien kennzeichnet sich durch die bei der besprochenen Krankheit fehlenden Störungen der sensiblen Sphäre, sowie der Blasen- und Mastdarmfunktion; der progressiven Muskelatrophie aber fehlt der plötzliche fieberhafte Beginn. Vor Verwechselung mit der akuten aufsteigenden Paralyse Landry's schützen die bei dieser im weiteren Verlauf auftretenden Sprach- und Schlingstörungen. — Aetiologisch spielen rheumatische Einflüsse eine grosse Rolle. — Die Prognose ist quoad vitam absolut günstig, quoad restitutionem bleiben meist einzelne Muskeln und Muskelgruppen für immer gelähmt. — Therapeutisch ist im Initialstadium die Antiphlogose am Platze, später Anwendung mässiger galvanischer Ströme längs der Wirbelsäule (in loco morbi), sowie beider Stromesarten in der Peripherie, daneben zweckmässige hydrotherapeutische Behandlung und Massage.

R. theilt schliesslich seine beiden (in Dr. G. Fischer's Heilanstalt Maxbrunn beobachteten) Fälle von Poliomyelitis ant. ac. adult. nebst ausführlichen elektrischen Befunden mit. Zur Vermeidung der Fehler, die aus dem wechselnden Leitungswiderstande der Epidermis etc. erwachsen, hat er (nach Erb) in jedem Momente der Untersuchung die Gesammtstromstärke im Schliessungsbogen bestimmt und den Nadelausschlag jedesmal einzeln beigefügt. Im 1. Falle (25jähr. Mann) trat unter Fieber an beiden Unterextremitäten Lähmung mit consecutiver Atrophie ein. Das r. Bein erholte sich gleich anfangs, das l. besserte sich erst ein wenig unter elektrischer und hydrotherapeutischer Behandlung. In letzterem war auch die farado-muskuläre Erregbarkeit fast ganz erloschen, die galvanische bedeutend herabgesetzt mit qualitativer Veränderung, während rechts nur geringgradige Herabsetzung der Erregbarkeit auf beiden Stromesarten bestand. Der l. Quadriceps wurde schon willkürlich kontrahirt, ehe er noch faradisch erregbar war. Wie in diesem 1. Fall ein Bivouak, so bildete in dem 2. Fall eine Fahrt in einem ungeheizten Eisenbahnwaggon während des Winters das kaum zweifelhafte aetiologische Moment für die Erkrankung. Der 2. Fall betraf einen 31jähr. Mann und verlief ähnlich wie der erste. Beide Beine waren gelähmt und atrophisch. Das linke besserte sich unter Anwendung von Elektricität und Bädern von Anfang an, das rechte viel später und weniger. Im l. Bein bestand (2½ Jahre nach dem Beginn) geringe, im rechten hochgradige Herabsetzung der faradischen und galvanischen Erregbarkeit mit deutlicher Entartungsreaktion. Nach 4wöchentlicher elektrischer Kur war der Gang etwas sicherer, die Bewegungen kräftiger, die Atrophie geringer geworden.

Stinzing (München).

---

7. **Schmidt, Beiträge zur Kenntniss der Puerperalpsychosen.** (Archiv für Psychiatrie. XI. 1. Heft.)

Verf. zieht aus einer Statistik von 283 Fällen, welche in Leubus beobachtet wurden, das Facit und bestätigt im Allgemeinen die von anderen Autoren gemachten Angaben. Rücksichlich der Häufigkeit der Puerperalpsychosen ergaben sich Werthe, wie sie Ripping gefunden



hat: 17,3 % resp. 14,2. Ein kausaler Zusammenhang zwischen einem bestimmten Lebensalter und der Häufigkeit der Puerperalpsychosen scheint nicht zu bestehen. Als hauptsächliches aetiologisches Moment muss die körperliche Erschöpfung und Ueberanstrengung betrachtet werden, welche mit den Geburtsvorgängen in direktem kausalem Zusammenhang steht, ferner ist in Betracht zu ziehen der Mangel an Pflege im Wochenbett, Complicationen mit entzündlichen Erkrankungen, psychische Ueberreizungen. Die häufigste Krankheitsform ist die Manie mit 43,5 %, die Dementia paralytica ist mit 2,1 % vertreten. Rücksichtlich der Krankheitsformen in den einzelnen Perioden ist in der Schwangerschaft die Melancholie vorwiegend (52,9 %), bei den im Wochenbett Erkrankten überwiegt die Manie (48,7 %). Was die klinische Gestalt der einzelnen Formen betrifft, so gehen der Manie gewöhnlich Prodromalerscheinungen voraus, bestehend in Kopfschmerz, Ohrensausen, Praecordialangst, Schlaf- und Appetitlosigkeit, dann folgt die Erregung in Form heftiger Tobsuchtsanfälle mit tiefer Bewusstseins-Störung. Intensive Hallucinationen fehlen nie. Es tritt Genesung ein — nachdem mitunter ein Uebergangsstadium von Stupidität vorausgegangen — oder es bildet sich eine chronische Reizbarkeit aus, verbunden mit Grössenideen. Die Melancholie bietet nichts bemerkenswerthes dar. Die Sehwangerschaftspsychosen treten meist in der zweiten Hälfte, die Wochenbettpsychosen in direktem Anschluss an die Geburt oder in der 2. bis 3. Woche nach derselben ein. Rücksichtlich der Dauer der Puerperal-Psychosen fand Verf., dass die Psychosen des Wochenbetts und der Lactation viel längere Zeit brauchen um in Genesung überzugehen, wie diejenigen, welche aus der Schwangerschaft stammen. Die Prognose ist, wie auch andere Autoren gefunden haben, eine relativ günstige und gestaltet sich, was die einzelnen Perioden betrifft, für das Wochenbett am günstigsten. Von den an Manie Erkrankten genasen 54,4 %, wurden gebessert 16,4 %; von den Melancholischen genasen 30,3 %, wurden gebessert 26,6 %. Der Erblichkeit ist weder in Bezug auf Aetiologie resp. Häufigkeit noch auf Krankheitsform und Prognose der gleiche hervorragende Einfluss zuzuschreiben wie bei den übrigen Psychosen.

Eickholt (Merzig).

---

8. **Prof. Dr. F. Jolly,** Strassburg, **Ueber das Vorkommen von Fettembolie bei aufgeregten Geisteskranken.** Archiv für Psychiatrie. Bd. XI. Heft 1.

J. bemerkt einleitend, dass manche Todesfälle angeblich aus allgemeiner Erschöpfung andern Prozessen ihre Entstehung verdankten, die einer genauern Präcisirung zugänglich seien und als einen derselben führt er die Fettembolie in den Lungen an, die für das blosse Auge nicht erkennbar, bei Sektionen ohne Zweifel häufig übersehen würde, die aber durch die mikroskopische Untersuchung der Lungen leicht und mit Sicherheit festgestellt werden könne. J. führt dann den Fall einer 28 jährigen Frau an, die durch den 3 Tage vorher erfolgten Tod ihres Mannes in grosse angsthafte Aufregung versetzt worden war mit lautem Schreien, aggressivem Vorgehen gegen Andere



und der Neigung sich auf dem Boden zu wälzen und an die Wände zu schlagen, so dass die an den Extremitäten vorhandenen Sugillationen von Tag zu Tag zunahmen. Unter fortschreitender Hinfälligkeit starb sie am 4. Tage nach ihrer Aufnahme ins Hospital. Die Sektion (von Recklinghausen) zeigte nun bei der ungewöhnlich grossen, kräftig gebauten Person viel Fett, kräftige Muskulatur, an beiden Hüften über handgrosse Flecke von schmutzigrother Farbe, von blutiger Imbibition. Eine grosse Zahl ähnlicher Flecke an den Extremitäten, mehr diffus über dem rechten Handrücken und Daumen, in der Gegend des Sternum und über der rechten Thoraxhälfte. Makroskopisch liess sich nun an den innern Organen keine direkte Todesursache nachweisen, dagegen ergab die mikroskopische Untersuchung Folgendes: die Lunge enthält ausserordentlich massenhafte Fettembolien, bis in die Gefässe von 0,04 und 0,05 mm hinein. In den Nieren parenchymatöse Nephritis, Epithelium der Harnkanälchen in fettiger Degeneration. In der pia mater eine kleine Anzahl von Embolien in den ganz kleinen Gefässen. — Nach J. kann es nicht bezweifelt werden, dass beim Fehlen jeder andern Veränderung die fast vollständige Verstopfung der meisten feinern Lungenarterien mit Fett die Todesursache sei. Den Collaps der Patientin in den letzten Lebenstagen führt er vorwiegend auf die zunehmende Unwegsamkeit der Lungengefässe zurück, in Folge deren dem linken Ventrikel sein Nährmaterial entzogen wurde. Die Quelle des Fettes sucht er in dem in grosser Ausdehnung zertrümmerten Unterhautfettgewebe, welches resorbirt und den Lungengefässen zugeführt wurde. J. führt dann einen weitern Fall von Fettembolie in den Gefässen der Lungen von Dr. Fitz in Boston, einen dritten von Clouston in Edinburg an, bei welchen es allerdings fraglich erscheinen könne, ob die gleiche Ursache der Fettembolie vorgelegen habe und bespricht noch 2 Fälle aus eigener Erfahrung, in welchen die Fettembolie bei ausgedehnter Vereiterung und Verjauchung des Unterhautzellgewebes sich entwickelte, als Todesursache mit in Betracht kam und zur Beschleunigung des lethalen Ausganges jedenfalls beigetragen hatte. Oebeke (Endenich).

---

9. **Grawitz, Ueber angeborene Bronchiectasie.** (Virchow's Arch. Bd. 82. S. 217.)

Bei einem ausgetragenen Kinde bildete der hühnereigrosse Unterlappen der rechten Lunge einen vielkammerigen, schlaff mit dünner Flüssigkeit gefüllten Sack. Die oberste Kuppe dieses Sackes bestand noch aus normalem Lungengewebe. Er stand, wie sich beim Aufblasen durch eine künstlich gemachte Oeffnung zeigte, nicht mit einem Bronchus in Verbindung. Die mikroskopische Untersuchung lässt keine andere Deutung zu, als dass es sich um eine hydropische Erweiterung eines Hauptbronchus mit allen seinen Aesten handelt. Auch ohne Verschluss des Bronchus sind ähnliche Fälle in der Literatur verzeichnet. Meyer fand bei einem einjährigen Kinde den Oberlappen der linken Lunge in einen weiten fibrösen Sack mit sehr dünner Wandung umgewandelt. Am Wurzelende der lufthaltigen Blase mündeten Bronchialäste ein. Ebenso sah er bei einem fünfmonatlichen Foetus im Ober-



lappen der rechten Lunge eine wallnussgrosse, im Hilus der Lunge mit einem Bronchus kommunicirende Blase. Fräntzel theilte 1878 folgenden Fall mit, den Verf. obducirt hatte und untersuchte. Bei einem 25 jährigen Manne war der rechte Oberlappen zusammengesetzt aus mindestens erbsengrossen luftgefüllten Bläschen, der Unterlappen in einen grossen schwappenden, vielkammerigen Sack verwandelt, der mit dem Bronchus kommunicirte. Beide erwähnten Lappen durchaus pigmentfrei. Linke Lunge emphysematös. Verf. glaubt ausser Anderem aus dem absoluten Mangel an Pigment schliessen zu dürfen, dass die beschriebenen Veränderungen congenitaler Natur seien. Die bisher angeführten Fälle bezeichnet Verf. als Bronchiectasis universalis. Weiterhin untersuchte er die Lungen eines $4^1/_2$ Monate alten Mädchens. Sie enthielten auf der Oberfläche eine grosse Anzahl kirschkerngrosser, dünnwandiger, mit wasserklarem Inhalt gefüllter Cysten. Die weitere Untersuchung ergab, dass ebenso grosse und kleinere Cysten auch im Inneren der Lunge vorkommen, und hier durch ihre Lage den Verlauf grösserer Bronchialäste bezeichnen. Sie sind alle geschlossen, enthalten aber in ihrer Wandung unverhältnissmässig grosse, in starker Proliferation begriffene Knorpelinseln. In ihrer Umgebung stets alveoläres Emphysem. Auch hier sprechen verschiedene Umstände für die congenitale Natur der Cysten. Einen von Virchow als Lymphgefässdilatation beschriebenen, ganz dem vorigen entsprechenden Fall glaubt Verf. ebenfalls als auf Bronchiectasie beruhend erklären zu dürfen. Ferner obducirte er einen 38 jährigen Mann, bei dem sich die ganze pigmentfreie rechte Lunge zusammensetzte aus wallnuss- bis taubeneigrossen, schlaffen, fluctuirenden Säcken; die ganze Lunge ist von einer fibrösen Hülle umgeben und gleicht einem Ovarialcystom. Die Cysten sind entstanden durch Dilatation der Bronchialäste dritten Grades, während die grossen Bronchien abnorm enge sind. Auch in diesem Falle spricht ausser verschiedenen anderen Umständen der Mangel an Pigment für congenitalen Ursprung. Verf. glaubt, dass die in den beschriebenen Fällen beobachtete Cyanose, die Paroxysmen der Athemnoth, die Verlagerung und Hypertrophie des rechten Herzens für den Arzt zur Diagnose werthvoll seien.

Ribbert.

---

10. **Dr. Ahrendts**, Arnstadt, **Kaltwassereinspritzung in die Harnblase.** (Correspondenzblätter des allgemeinen ärztlichen Vereins von Thüringen. 1880. Novbr. p. 302. 3.)

Bei einer mehrjährigen Patientin, welche an ausgebreiteten Magen- und Darmgeschwüren, Blutarmuth und Hysterie leidet, macht Verf. u. A. täglich eine reichliche Kaltwassereinspritzung in die Harnblase mit Hülfe von Katheter und Irrigator, sowohl um dem anämischen Blasenkatarrhe palliativ entgegenzuwirken, als auch um die durch die Darmgeschwüre hervorgerufene chronische Entzündung resp. Schmerzen zu lindern. Das eingespritzte Wasser fliesst, nachdem es allmählig in der Blase warm geworden, bald wieder ab; bisweilen aber — und zwar wenn Pat. wegen Verschlimmerung des Magenleidens nichts (auch kein Wasser) geniessen kann, wird es von der Blase aufgesogen und Pat. wird dadurch von dem zuvor erlittenen Durst befreit. Die

Beobachtung, dass die mit kaltem Schnee- oder Eiswasser gefüllte Harnblase vermöge ihrer Lage in der Bauchhöhle selbst, resp. durch allseitige Berührung ihrer intestinalen Umgebung eine möglichst vollkommene Abkühlung derselben gestattet, hat Vf. auf die Vermuthung gebracht, dass die häufig wiederholte oder permanente Irrigation der Harnblase sich neben der äussern Auflegung des Eisbeutels wohl als ein wirksames Mittel zur Bekämpfung von lebhafter Entzündung der Bauchorgane überhaupt, zumal von Peritonitis (in specie Pericystitis) herausstellen werde.

Demselben Mittel glaubt Vf. auch in der asiatischen Cholera, wo die Eindickung des Blutes die Wasserzufuhr erfordert, das Erbrechen aber die Einfuhr in den Magen unwirksam macht, eine Zukunft versprechen zu dürfen.

Leo.

---

11. **Sanitätsrath Dr. Becker**, Cöln, **Ueber einen unter dem Bilde des Icterus gravis verlaufenden Fall von acuter tödtlicher, wahrscheinlich diphtheritischer Allgemeininfection.** (Berl. klin. Wochenschr. 1880. Nr. 30. 31.)

12. **Dr. Konr. Küster**, Berlin. **Diphtherie - Intoxication oder Vergiftung durch chlorsaures Kali?** (Berl. klin. Wochenschr. 1880. Nr. 40.)

13. **Dr. J. Hofmeier**, Berlin. **Ein Beitrag zur Casuistik der Vergiftungen mit chlorsaurem Kali.** (Deutsche klin. Wochenschr. 1880. Nr. 38. 39.)

14. **Dr. Hans Wegscheider**, Berlin. **Nachtrag zu dem „Beitrag von Dr. J. Hofmeier“.** (Deutsche klin. Wochenschr. 1880. Nr. 40.)

In dem Falle des Dr. B. handelt es sich um eine mässige Rachendiphtheritis, bei welcher mit chlors. Kali nur gegurgelt worden, nach 2tägiger Behandlung aber ein plötzlicher Collaps erfolgte, bei welchem ein nahezu schwarzer Urin spärlich entleert wurde, „wie bei Carbolvergiftungen“, in 30 St. etwa 150 Grm., dabei Erbrechen, am folgenden Tage Icterus bei grüngefärbten Stühlen. Bei Fortdauer der spärlichen Absonderung dunklen Harns und der icterischen Färbung, bei Fieberlosigkeit und voller Besinnlichkeit, erfolgt der Tod am 6. Tage des Collapses.

Die genaue Untersuchung des Harnes (Prof. Leichtenstern) ergab ausser harns. Salzen im Sediment, negative Resultate bei den Proben auf Blut- und Gallenfarbstoff; zahlreiche Cylinder bestanden aus Epithelien und hyalinen Schollen, die aus einer Degeneration der Epithelien entstanden sind. Indican und Phenol sind nicht darin, ebenso wenig Leucin und Tyrosin, dagegen Eiweiss; spec. Gewicht 1012—1016, Menge in 24 Stunden 140 ccm abnehmend bis 95 am Todestage.

Die Section und mikroscopische Untersuchung (Prof. Leichtenstern) ergab sehr schlaffes dunkel braunrothes Herzfleisch, zahlreiche ins Muskelgewebe eindringende Ecchymosen unter dem Endocard des rechten Vorhofes, weniger des linken Vorhofes, am meisten des linken Ventrikels. Leber schlaff, schwer zu schneiden, Läppchenzeichnung



stellenweise sehr undeutlich. Mikroscopisch trübe Schwellung, moleculare und fettige Degeneration und Zerfall der Leberzellen. Daneben reichliche Körnchenhaufen, in denen andere, hellere, schärfer conturirte angetroffen werden, die als Micrococcen anzusprechen sind. Die Nieren auffallend dick und schlaff. Corticalis schmutzig grauroth, an den Pupillen stellenweise Ecchymosen. Mikroscopisch trübe Schwellung der Epithelien; die meisten soweit zerfallen, dass die Kanälchen davon erfüllt, als dunkelbraune Schläuche erscheinen. Ausserdem im Lumen der Kanälchen Micrococcenhaufen. Die Glomeruli mit dunkelkörnigen Massen gefüllt. Dr. B. betrachtet hiernach den Tod als Folge einer Allgemeininfection bei Diphtheritis.

Dr. K., der dieser Anschauung beitritt, glaubt einen inzwischen in Berlin als „Vergiftung mit chlors. Kali" gerichtlich erklärten Todesfall als mit dem des Dr. B. ganz identisch, also als diphtheritische Infection auffassen zu müssen.

Dagegen bringt Dr. H. die genauere Kranken- und Sectionsgeschichte des Berliner Falles, schickt derselben Historisches über die Vergiftungen mit Kali chlor. voraus und fügt eine Tabelle von 31 muthmasslichen resp. sicheren Fällen solcher Vergiftungen bei. Einer derselben wird noch von Dr. W. im „Nachtrag" ausführlich mit Sectionsbericht mitgetheilt.

In diesen beiden Beobachtungen von Vergiftung mit Kali chloric. von Dr. H. und Dr. W. waren die Hauptsymptome: äusserst spärlicher, tief dunkel braunschwarzer Urin, mit Eiweiss, braunen Cylindern, brauner Detritus, spectroscopisch nachweisbares Haemoglobin, leichter Icterus, Erbrechen, Singultus, Durst. Sensorium frei — nur gegen Ende Somnolenz, vermehrte Unruhe, Collaps. Der Fall von Dr. H. verlief in 3 Tagen, der von Dr. W. in 13 Tagen tödtlich. In beiden werden noch eigenthümliche Flecken auf der Haut von livider, bräunlicher Farbe erwähnt, die auf Druck nicht völlig schwinden.

Der Sectionsbefund ergiebt an hervorragenden Erscheinungen in beiden Fällen Schwellung der Magen- und Darmschleimhaut, Durchgängigkeit des duct. choled. (im Falle des Dr. W. Ecchymosen.) Milz vergrössert ohne besonders abweichende Farbe. Herz schlaff, blass, (bei Dr. W. subendocardiale Ecchymosen). Leber weich schlaff, bräunlich gelb, bei Dr. H. Läppchen noch deutlich kenntlich, Zellen wenig getrübt. (Verlauf 3 Tage.) Bei Dr. W. Läppchen unkenntlich, Verfettung der Zellen. Nieren vergrössert, auffallend braun und braungelb, Kanälchen mit braunen Cylindern gefüllt, Epithel mässig getrübt. Dr. H. fand auch in der oberen Hälfte des Oberschenkelknochens das Mark braun, in der unteren normal.

Diese Befunde stimmen nach Dr. H. mit denen bei unzweifelhaften Vergiftungen durch chlors. Kali, und beweisen diese Fälle, dass diese Substanz die sorglose Verwendung nicht gestattet, die derselben gewöhnlich zu Theil wird. R.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.



Erscheint wöchentlich.
Jeder Jahrgang umfasst
52 Bogen nebst Titel
und Register.

# Centralblatt

für

# KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M.,
zu beziehen durch alle
Buchhandlungen und
Postanstalten.

Redigirt von

**Dr. H. Rühle,**
Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

**Dr. D. Finkler,**
Privatdocent und Assistent an der medicin. Klinik in Bonn.

**1880.** **24. Dezember.** **Nro. 40.**

**Inhalt.** Referate: 1. **Quincke**, Zur Pathologie des Blutes. — 2. **Kahler**, Beobachtungen über progressive perniciöse Anaemie. — 3. **Semmer**, Tuberculose und Perlsucht. — 4. **Virchow**, Die Uebertragbarkeit der Perlsucht durch die Nahrung. — 5. **Fraentzel**, Ueber schwere Erkrankungen an Ileotyphus, welche afebril oder mit geringen Temperaturerhöhungen auffallend rasch verlaufen. — 6. **Stenger**, Syphilom des linken Centrum ovale, der rechten Ponshälfte. — 7. **Kirchhoff**, Cerebrale Glosso-pharyngo-labial-Paralyse mit einseitigem Herd. — 8. **Dehio**, Stenocardie in Folge von Verschluss der linken Coronararterie des Herzens. — 9. **Kelsch**, Les affections de foie en Algérie et les variations de l'urée. — 10. **Popoff**, Ueber die Folgen der Unterbindung der Ureteren und der Nierenarterien bei Thieren, im Zusammenhang mit einigen anderen pathologischen Processen. — 11. **Csokor**, Ueber die Folgen der Unterbindung der Ureteren und der Nierenarterien bei Thieren, im Zusammenhang mit anderen pathologischen Processen. — 12. **Kugelmann**, Leukoplakia lingualis in Karlsbad geheilt? — 13. **Albrecht**, Mittheilungen über den Milchsaft von Cania Papaya und das daraus dargestellte vegetabilische Pepsin (Papaïn). — 14. **Landsberg**, Untersuchungen über das Schicksal des Morphins im lebenden Organismus. — 15. **Fürbringer**, Experimentelle Untersuchungen über die Resorption und Wirkung des regulinischen Quecksilbers in der grauen Salbe.

1. **Professor H. Quincke, Zur Pathologie des Blutes.** (Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. XXV, Heft 6, pag. 580 u. Bd. XXVII, Heft 3 u. 4, pag. 193.) (Fortsetzung zu Centralblatt No. 19.)

### II. Ueber Siderosis.

#### 1. Experimentelles. Künstliche Plethora.

Um seine Vermuthung zu bewahrheiten, dass der hohe Eisengehalt, den man unter gewissen Umständen in verschiedenen Organen von Thieren und Menschen beobachtet hat, von einem vermehrten Untergang rother Blutkörper herrührt, versuchte Q. den letzteren bei gesunden Hunden herbeizuführen dadurch, dass er ihnen gleichartiges Blut (defibrinirtes Blut eines andern Hundes) durch Transfusion zuführte. 14 derartig behandelte Hunde wurden in verschiedenen Intervallen nach der Transfusion, am 5.—58., einer am 200. Tage, getödtet. Abgesehen von vorübergehenden Puls- und Respirationsschwankungen, Erbrechen (in der Hälfte der Fälle) bald nach dem Losbinden, Unlust zu fressen während des ersten Tages, störte die Transfusion das All-



gemeinbefinden nicht. Drei Mal wurde Schwellung der Augenlider und Urticaria beobachtet. Der Urin blieb normal. Der Farbstoffgehalt des Blutes stieg bis zum 2. Tage an und pflegte in 2—4 Wochen wieder die Norm zu erreichen, was sich daraus zu erklären scheint, dass das Blut anfangs durch Elimination des Serums reicher an Körperchen wird, und dass später erst, wenn quantitativ die Norm erreicht ist, auch die letzteren aus der Circulation verschwinden. In manchen Fällen scheint jedoch noch längere Zeit nach der Transfusion eine Vermehrung der Blutmenge fortbestehen zu können. Mikroskopisch verhielt sich das Blut der plethorischen Hunde normal. — Post mortem wurden namentlich Leber, Milz und Knochenmark auf Eisenreaction mit Schwefelammonium untersucht. In der Leber fanden sich mikroskopisch zahlreiche dunkelgrüne bis schwarze Körner (von 5—10, seltener bis $20\mu$ Durchmesser), vorwiegend in der Peripherie der Läppchen, und zwar zum grössten Theil innerhalb der Blutbahnen. Umgeben sind diese Körner von einer feinkörnigen Masse, die man nach Grösse, Lage und Aussehen als weisse Blutkörper ansehen muss, welche die Fe-haltigen Körner aufgenommen haben. Ohne Reagens sind diese Körner orangeroth und werden nur in geringerer Zahl erkannt als mit Reagens. Ausser ihnen findet man hie und da in den weissen Zellen auch mehrere kleine grüne Körnchen mit diffus grüner Färbung auch des Protoplasmas. Die auf Eisen reagirenden Körner traten in der 4. Woche nach der Transfusion auf, und zwar am reichlichsten in dieser Zeit, wurden allmählich seltener, jedoch auch noch am 200. Tage gefunden. Wenn auch Aehnliches an normalen Hunden vereinzelt beobachtet wird, so ist das Auftreten der Fe-haltigen Körner doch nach der Transfusion bei Weitem massenhafter, also als eine Folge der Transfusion anzusehen. In Milz und Knochenmark bewirkt die Transfusion nur eine Steigerung des normalen Zustandes. „Während in der normalen Milz neben den grossen Fe-haltigen Körnern fast stets auch Zellen mit vielfachen kleineren und kleinsten solchen Körnchen ziemlich zahlreich vorkommen, überwiegen wenigstens in den ersten Monaten nach der Transfusion die grossen Fe-haltigen Körner sehr erheblich über diese kleineren." — Da im normalen Knochenmark das Vorkommen dieser Körner sehr wechselt, ist es im Einzelfalle sehr schwierig den Einfluss der künstlichen Plethora auf die Häufigkeit dieser Gebilde zu erweisen, doch hält Q. nach der ganzen Reihe seiner Untersuchungen eine ausserordentliche Vermehrung derselben durch die Transfusion für unzweifelhaft. Die Untersuchung anderer Organe ergab kein positives Resultat. Q. schliesst aus seinen Versuchen, „dass einige Zeit nach künstlicher Vermehrung der Blutmenge bei Hunden in den Capillaren der Leber (in Lymphkörper eingeschlossen) sowie in den Parenchymzellen der Milz und des Knochenmarks Fe-haltige Körner auftreten, welche sowohl durch diese Reaction als auch oft durch Form und Grösse ihre Abstammung von rothen Blutkörpern documentiren". Da die gleichen Fe-haltigen Körner auch bei intacten Thieren in diesen Organen in geringerer Menge vorkommen, kann man schliessen, dass diese Organe auch normaler Weise die Verarbeitung unbrauchbar gewordener rother Blutkörper besorgen.



## 2. Beobachtungen am Menschen.

Die Fälle, in welchen Verf. Siderosis fand, theilt er ein A. in solche, bei denen das Eisen nur in den Leberzellen gefunden wurde, und B. solche, bei denen es in den Zellen und in den Capillaren der Leber nachweisbar war. Zur ersten Gruppe werden als Beispiele ausführlicher angeführt je ein Fall von chron. Hydrocephalus mit Typhus (?), von Kachexie und Anaemie nach chron. Diarrhoe, von Myelitis cervicalis subacuta, von Leukaemia lienalis et lymphatica, endlich ein schon früher als perniciöse Anaemie beschriebener Fall; zur Gruppe B. ebenfalls früher beschriebene (5) Fälle von perniciöser Anaemie und einer von Diabetes mellitus, ferner ein Fall von Phthisis pulmon. In den Fällen der ersten Gruppe fand sich Eisen nur in den Leberzellen, vorwiegend in der Peripherie der Acini „und zwar in ziemlich feinkörniger Form, vorzugsweise im Centrum oder vielmehr in der der Axe des Leberzellenbalkens entsprechenden Axe der Zelle". Das Eisen muss in gelöster Form in die Zelle gelangt sein und sich hier mit Eiweiss theilweise körnig niedergeschlagen haben. Die Fälle der anderen Gruppe B. zeigten ausser in den Leberzellen auch innerhalb der Blutgefässe Fe-haltige Körner (wie bei den Plethoraversuchen der Hunde) und zwar sehr verschieden an Grösse, eingeschlossen in weisse Blutkörper. Sie sind nach Analogie der Thierversuche zu deuten als Residuen rother Blutkörper, die in den weissen Blutkörpern der Lebergefässe angehäuft und ähnlich wie in Extravasaten weiter verarbeitet werden. Die patholog. Anhäufung dieser Residuen kann zu Stande kommen, wenn „1. rothe Blutkörper in erhöhtem Maasse untergehen (Beispiel: die künstliche Plethora), oder 2. die untergegangenen rothen Körperchen von den weissen zu langsam verarbeitet werden, oder 3. der Uebertritt des für die Ausscheidung bestimmten Bruchtheils von Eisen in die Leberzellen ein mangelhafter ist". Die Bedingungen von Aufspeicherung des Eisens in den Leberzellen sind „gesteigerte Zufuhr von Eisen zu denselben oder darniederliegende secretorische Thätigkeit der Zellen". Die bedeutendste Anhäufung von Eisen muss zu Stande kommen, wenn vermehrter Untergang rother Körper mit verringerter Secretion der Leberzellen zusammentrifft. Aus solcher Combination erklären sich die Fälle der Gruppe B. Es können unter diesen Bedingungen auch abnorm grosse Mengen von gelöstem Eisen in die allgemeine Circulation und in andere Organe gelangen, wie dies Q. in mehreren Fällen für Niere, Pankreas und andere Drüsen nachweist. — Da die Siderosis von Milz und Knochenmark grossen physiologischen Schwankungen unterworfen ist, gestattet der Befund meist keinen sicheren Schluss. — Die mitgetheilten Fälle überblickend findet Q. mässigere Grade von Siderosis der Leber „in chronischen sehr hochgradigen Kachexien, wo mit dem Nachlass der vitalen Energie auch die der Leberzellen gelitten hatte", sowie in acuten Krankheitszuständen, die sich in die Länge zogen und mit Abmagerung einher gingen, wo „im Verhältniss zum Schwund der übrigen Gewebe auch rothe Blutkörper untergegangen" sind; hohe Grade bei perniciöser Anaemie, wo eine wirkliche Haemophthisis vielleicht der Ausgangspunkt der Krankheit gewesen ist. —



Weiterhin bespricht Verf. die Methode des Eisen-Nachweises durch Schwefelammonium, welche er bei der mikrochemischen Untersuchung der Fe-Reaction mit Ferrocyankalium und Salzsäure vorzieht. Das Eisen ist wahrscheinlich an Eiweissstoffe gebunden, und je nachdem mehr oder weniger Eisen mit diesen körnig oder gelöst vorhandenen Stoffen verbunden ist, findet eine schwarz bis hellgrüne Färbung durch $NH_4S$ statt. — Gegenüber Zenker's Einspruch rechtfertigt Q. seine Bezeichnung „Siderosis" für die beschriebenen Zustände.

Das Resultat der experimentellen und klinischen Thatsachen dieser Arbeit wird folgendermassen zusammengefasst: „Die rothen Blutkörperchen (deren Lebensdauer wahrscheinlich 2—3 Wochen beträgt) werden, wenn sie eliminirt werden sollen, von weissen Blutkörpern und von (mit diesen vielleicht identischen) Zellen der Milzpulpa und des Knochenmarks aufgenommen und vorzugsweise in Lebercapillaren, Milz und Knochenmark abgelagert. . . . . . Die aufgenommenen Blutkörper werden zu theils gelb gefärbten, theils farblosen Eisenalbuminaten umgewandelt, die sich theils in körniger, theils in gelöster Form mikrochemisch nachweisen lassen (physiologische Siderosis dieser Organe); in Milz und Knochenmark (zum Theil vielleicht auch in der Leber) werden dieselben zur Neubildung rother Blutkörper verwendet, während ein anderer Theil des Eisens durch die Leberzellen ausgeschieden wird. Die verschiedenen Formen pathologischer Siderosis entstehen durch quantitative Störung dieses Vorganges auf irgend einer Stufe: Anhäufung des Fe-haltigen Materials rother Blutkörper in Milz, Knochenmark (und Lebercapillaren) findet statt: „1. wenn der Untergang rother Blutkörper vermehrt, 2. wenn die Bildung neuer rother Körper aus dem alten Material verlangsamt ist. Stockt die Ausscheidung in den Leberzellen, so häuft das Eisen sich in denselben an, ist auch im Blutserum reichlicher vorhanden und kann durch andere Drüsen abgeschieden werden; doch kann es auch in diesen (Nierenrinde, Pankreas) zu einer Eisenablagerung innerhalb der Drüsenzellen und in den Gewebselementen anderer Organe kommen."

Stintzing (München).

---

2. **Dr. Kahler**, Docent (Prag), **Beobachtungen über progressive perniciöse Anaemie.** (Prager medic. Wochenschr. V. Jahrg. Nr. 38—45 mit.)

Es werden zunächst 5 Krankengeschichten mitgetheilt, jede mit genauen Blutuntersuchungen, und zwar wurde die Anzahl der rothen Blutkörperchen mittelst des Haematometers von Hayem-Nachet, der Gehalt an färbender Substanz (Haemoglobin) durch das Chromometer von Hayem zu wiederholten Malen bestimmt. Letztere Methode besteht darin, dass man eine bestimmte Blutmenge einer bestimmten Flüssigkeitsmenge zusetzt und die entstandene Färbung mit der in einer Farben-Scala fixirten vergleicht, von welcher der entsprechende Blutgehalt bekannt ist.

In den 5 Krankenfällen sind häufig Blutuntersuchungen gemacht, deren Ergebnisse genau mitgetheilt sind, ferner sind alle Symptome

ausführlich erwähnt, genaue Temperatur-Messungen angestellt und Obductions-Berichte angeschlossen.

Gegenüber den sehr auseinander gehenden Anschauungen über Wesen und Begrenzung des Begriffes progressive perniciöse Anaemie, welche theils als eine Krankheitseinheit, theils als ein Krankheitszustand primärer oder secundärer Natur bei den Autoren gilt, bestimmt Kahler seinen Standpunkt darin, dass er für die Entstehung der p. p. Anaemie sowohl solche Schädlichkeiten, die anerkannter Weise gewöhnliche Formen von Anaemie erzeugen können (Schwangerschaft und Geburt, Störungen der Verdauung, Säfteverluste etc.), als auch andere schwer abzuschätzende Einflüsse gelten lässt. Das Kennzeichen der Erkrankung ist ihre Hochgradigkeit, die klinischen Erscheinungen sind dieselben, welche sich auch bei schweren Anaemien in Folge von bestimmten Organerkrankungen entwickeln. Da nun ferner die Beobachtung lehre, dass die gewöhnlichen Entstehungsursachen der Anaemie intensiv und wiederholt aufträten, ohne dass daraus die progressive perniciöse Anaemie sich entwickele, müsse man annehmen, dass ausser den etwaigen Gelegenheitsursachen noch ein besonderes „Gift", das störend auf Blutbildung und Rückbildung wirke, in den Körper eintreten müsse und Klebs sei ja auch geneigt, die p. p. Anaemie als eine Infections-Krankheit aufzufassen.

Verf. erörtert dann im Folgenden ausführlicher seine Blutuntersuchungen sowohl bei einfachen vorübergehenden, als auch bei schweren tödtlich verlaufenden Anaemien. Er betont zunächst, dass für die Beurtheilung der Anaemie immer die mikroskopische und calorimetrische Untersuchung nothwendig sei, denn man habe Fälle, z. B. bei Chlorose, Klappenfehlern beobachtet, wo trotz der äusserlichen Zeichen bedeutender Blutarmuth dennoch die Zahl der Blutkörperchen das von Hayem gefundene Mittel von $5^1/_2$ Millionen im Cub.-Millim. und der Blutfarbstoff-Gehalt die normale Grösse überschritt. In anderen Fällen beruht die Anaemie bei normaler oder wenig verminderter Blutkörperzahl auf bedeutender Abnahme des Haemoglobins, ein Verhältniss, das Hayem als für Chlorose charakteristisch angiebt, während Verf. jedoch tief unter der Norm stehende Blutkörpermengen bei Chlorose fand. Die Beobachtung von Hayem, dass in schweren Fällen in Folge unsichtbarer Krankheiten die Blutkörperzahl stetig fällt, der Gehalt an Haemoglobin aber zunimmt, hat Verf. bestätigt. Eine gleichzeitige bedeutende Abnahme beider Factoren findet sich ferner am häufigsten bei chron. Anaemie in Folge von Blutungen, die sich viele Jahre wiederholen.

Während im normalen Blute unter 100 Blutkörperchen (nach Hayem) sich 75 mittelgrosse, 12 grosse und 12 kleine Formen finden, ein Verhältniss, welches bei acuter Anaemie dasselbe bleibt, steigt bei der chronischen gewöhnlichen Anaemie die Zahl der grossen Blutkörperchen um ein Beträchtliches und es finden sich ferner erhebliche Grössenzunahmen, Riesenblutkörperchen, deren Grösse von dem 6 $\mu$ betragenden Durchschnitt auf 14 $\mu$ gestiegen ist. Hierdurch steigt der Haemoglobin-Gehalt, womit die rothen Blutkörper gleichsam überladen sind.



Ferner fänden sich bei höheren Formen gewöhnlicher Anaemie vielfache Verfassungen in der Form (Poikilocytose Quincke) mit noch schwacher centraler Depression, andererseits kleinste sphärische Formen (Microcyten Masius-Vaulair) von nur 2 $\mu$ Grösse. Auch zeichnete diese Anaemie eine rasche Veränderlichkeit des Blutbefundes aus.

Im Vergleich nun mit den Untersuchungen bei progressiver perniciöser Anaemie zeigten nun die Zählungen, dass hierbei die Abnahme der rothen Blutkörperchen einen Grad erreicht, wie er bei der gewöhnlichen Anaemie nie oder sehr selten vorkommt. Die färbende Substanz im Blute zeigte dagegen ebenso wie bei schweren gewöhnlichen Anaemien eine relative Zunahme, wie Quincke mittels seines Haemochromometers bestimmte und dann nach dem Vorgang von Malassez den Farbstoffgehalt des einzelnen Blutkörperchens feststellte, wobei der Mittelwerth von 28 $\mu\mu$ auf 42—67 $\mu\mu$ grm stieg.

Quincke verdächtigt diese Zahlen mit Rücksicht auf die Blässe der Blutkörperchen, Verf. hält die Werthe jedoch aufrecht. Fernerhin sind bei der p. p. Anaemie die Blutkörperchen vergrössert, so dass Eichhorst solche kaum unter 8 $\mu$ gefunden hat. Poikilocytose folgt fast in keinem Falle und ist meist hochgradig. Dagegen sind Microcyten nach der Eichhorst'schen Darstellung (kleine kugelrunde Formen, die sich geldrollenförmig aneinander legen, aber keine Neigung zu Hakenbildung haben) von manchen Forschern nicht constatirt worden und ist es desshalb möglich, dass diese für eine bestimmte Form der Anaemie charakteristisch sind. Auch bei dieser Krankheitsform unterliegt der Blutbefund, besonders in Rücksicht auf die Blutkörpermenge einem raschen Wechsel, ist jedoch oftmals schon wegen der Hochgradigkeit der Veränderungen mit Erfolg zur Differentialdiagnose zwischen perniciöser und solcher Anaemie benutzt worden, welche durch ein anderes schweres Organleiden (z. B. Cancer occultus) entstanden ist. Als Beleg folgt eine Krankengeschichte.

Es folgen noch Blutuntersuchungen mit Zählung beider Arten von Blutkörperchen, bei einzelnen Fällen von Leucaemie (St. 425.)

Als fernere Symptome giebt Kahler an: Blässe und Trockenheit der Haut. Mässiges Unterhautfett, geringe Hautoedeme. Einmal fand er Schmerzhaftigkeit des sternum bei Druck als Zeichen von Knochenmark - Erkrankung (Hyperplasie). Ferner ist die Entkräftung des Kranken ein sehr charakteristisches Zeichen. Das Fieber ist unregelmässig, bald abnorm hoch, aber dem Chinin leicht weichend, bald niedrig. Blutungen in die Haut oder Retina sind gewöhnlich, ein Venenpuls häufig, die Herzverfettung ist typisch. Arythmie der Herzbewegung fand er nicht, auch keine Aortenenge. Die Harnmenge nur verringert, das spec. Gewicht sehr niedrig (1007—9).

Die Prognose ist schlecht. Quincke allein hatte unter 31 Fällen 11 Heilungen. Therapeutisch war Eisen und Arsen nutzlos. Der Effect der directen Transfusion und das Verhalten des Blutes in Folge derselben wird bei den einzelnen Krankengeschichten besprochen.

**Bartold.**

---



3. **Semmer, Tuberculose und Perlsucht.** (Virch. Archiv Bd. 82. S. 547.)

30 Versuchsthieren, Ferkeln und Schafen, wurde Milch einer perlsüchtigen Kuh theils subcutan injicirt, theils in die Venen eingeführt. 13 Thiere gingen bald nach der Operation zu Grunde. 16 zeigten, nach 5—6 Monaten getödtet, die Resultate gelungener Uebertragung, und zwar waren 10 Ferkel ganz in gleicher Weise erkrankt, wie perlsüchtige Kühe, es fanden sich die gleichen Veränderungen der Lymphdrüsen und der Lungen. 6 Schafe (eines war resultatlos) hatten Knötchen in den Lungen, die sich in ihrer Structur mehr den menschlichen Tuberkeln näherten. Verf. schliesst aus diesen Versuchen auf die Uebertragbarkeit der Perlsucht, die er aber nicht für identisch mit der menschlichen Tuberkulose hält, und glaubt seine Resultate den Mittheilungen Virchow's entgegenhalten zu müssen, der die Schädlichkeit des Fleisches perlsüchtiger Kühe nicht für erwiesen hält.

Ribbert.

---

4. **Virchow, Die Uebertragbarkeit der Perlsucht durch die Nahrung.** (Virch. Arch. Bd. 82. S. 550.)

Als Erwiederung auf die vorstehend referirte Mittheilung hebt Verf. einmal hervor, dass seine Behauptungen durch die Versuche Semmer's nicht tangirt würden, da er nur von der Uebertragbarkeit der Tuberkulose durch die Nahrung geredet habe und für diese seien schlagende Versuchsreihen nicht beigebracht. Der Nachweis sei nicht geliefert, weil einmal die Ergebnisse der Fütterung zu inconstant seien und andererseits die Controlthiere gewöhnlich ebenfalls, wenn auch vielleicht weniger ausgedehnt, tuberkulös würden. Die Experimente Semmer's seien schon desshalb nicht zwingend, weil dieser überhaupt keine Controlthiere gehalten habe, die im Verlauf von 5—6 Monaten wohl ebenfalls hätten tuberkulös werden können.

Ribbert.

---

5. **Prof. O. Fraentzel, Ueber schwere Erkrankungen an Ileotyphus, welche afebril oder mit geringen Temperaturerhöhungen auffallend rasch verlaufen.** (Zeitschrift für klin. Medicin. Bd. II. Heft 2, pag. 217.)

Liebermeister theilte die Typhusformen ein in ausgebildete und unausgebildete; diese letzteren stellen entweder den Typhus levis, oder den Typhus abortivus vor. Auch er erkannte schon afebrile Erkrankungen an, die, früher als afebrile Abdominalkatarrhe bezeichnet, nach seiner Meinung den leichtesten Typhusformen angeschlossen werden mussten. Viele dieser Erkrankungen waren verbunden mit Milzschwellung und Roseola, mit oft hochgradigen Allgemeinerscheinungen und besassen einen lange dauernden Krankheitsverlauf. Auch Fraentzel kennt diese afebrilen Formen des Ileotyphus levis; in seinen Fällen stützt er stets die Diagnose noch durch das gleichzeitige Vorkommen ausgebildeter Erkrankungen im selben Hause oder Zimmer.



Wenn nun auch diese Form von manchen nicht anerkannt wurde (Griesinger und Wunderlich), den Typhus ambulatorius kannte man überall. So benannt wurden Fälle, wo bei anscheinend erhaltenem oder nur wenig geschädigtem Allgemeinbefinden plötzlich schweren Erscheinungen, starke Darmblutung, Peritonitis möglicherweise rasch zum Tode führt. Für dies Verhalten gibt es zwei Erklärungen, die sich auf Beobachtungen stützen. Entweder es bestand von Beginn der Erkrankung Fieber, aber das betreffende Individuum besitzt eine solche Torpidität, dass es dadurch wenig alterirt wurde, oder es bestand wirklich bis zum Eintritt schwerer Complicationen kein Fieber oder nur geringe Temperaturerhöhung (Vallin). Auch diese letztere Art des Typhus ambulatorius rechnet Liebermeister zum Typhus levis. Nun stellt aber Fraentzel eine Gruppe von Typhuserkrankungen zusammen, die von seinen vorher besprochenen scharf abgetrennt werden kann. Die Erkrankungen verlaufen mit niedriger Temperatur und haben das gemeinsam mit dem Typhus levis, aber sie haben die Symptome einer schweren Erkrankung: „Namentlich macht sich neben allgemeinem Collaps eine sehr starke Affektion des Sensoriums und eine grosse Neigung zur Entwickelung von Brandherden bemerkbar. Die Mortalität dieser Fälle ist eine sehr grosse. Der Verlauf sowohl bei den tödtlich endenden, als auch bei den zur Genesung führenden Erkrankungen ist ein auffallend rascher“.

„Will man der Liebermeister'schen Eintheilung folgen, so muss man diese Fälle wohl auch zu den unausgebildeten rechnen, aber neben dem Typhus levis und Typhus ambulatorius in eine besondere Kategorie stellen.“

Folgt nun zunächst eine ausführliche Krankengeschichte mit Sektionsbefund. Unter den Symptomen spielten die schweren Cerebralerscheinungen eine Hauptrolle, bei niedriger Temperatur, Fehlen von Roseola und Durchfällen; bei der Section fanden sich stark geschwellte Peyer'sche Haufen mit exquisit markiger Infiltration. Mit diesen zusammen sind eine grosse Anzahl von Fällen zu stellen, die Strube beobachtet. Alle Fälle zeichneten sich durch niedrige Temperatur aus. Die Abendtemperatur stieg selten über 39,6°C. In 14 Fällen von 163 bestand während des ganzen Verlaufs normale, manchmal subnormale Temperatur. Heftige Cerebralerscheinungen, deren Intensität in umgekehrtem Verhältniss zur Temperatur stand. Apathie unterbrochen von Delirien. Die Pulsfrequenz stieg nicht über 100.

Roseola in allen Fällen, oft in ausserordentlicher Ausdehnung, ohne dass ein Verhältniss besteht zwischen Ausbreitung des Exanthems und Intensität der Erkrankung. Milzdämpfung oft nur gering, manchmal zweifelhaft. Bronchitis stets vorhanden, zuweilen blutige Sputa. Trockenheit der Zunge fehlte oft, Darmkatarrh gering, oft gar nicht vorhanden.

Verlauf der Krankheit auffallend schnell. „In den geheilten Fällen erreichte die Krankheit ihren Höhepunkt in der Zeit vom 9. bis zum 13. Tage, hielt sich aber selten über 2 Tage auf demselben und fiel dann, obwohl die Erscheinungen in dieser Zeit ziemlich bedrohlich waren, auffallend schnell ab, sodass die Kranken nach Ablauf von 2 Wochen als Reconvalescenten angesehen werden konnten. Auch die



Fälle, welche einen lethalen Ausgang nahmen, liefen fast ohne Ausnahme in den ersten beiden Krankheitswochen ab“. . . . Mortalität 14,1 %.

Fälle derselben Kategorie hat Fraentzel 1870 in Frankreich 41 an Zahl beobachtet. Er hielt sie erst für Typhus ambulatorius, in der Meinung, die Patienten hätten sich schon erkrankt doch noch einige Zeit bei der Truppe aufgehalten; aber die Sektionen mussten davon überzeugen, dass es frische Erkrankungen waren, dass also schwere Erkrankungen an Ileotyphus auffallend rasch und mit nur geringer Temperatursteigerung verlaufen können. In diese Kategorie will Fraentzel nur diejenigen Erkrankungen zusammengestellt wissen, bei denen im ganzen Verlauf die Temperatur in der Achselhöhle 39,0° C. nicht übersteigt. In 3 seiner 41 Beobachtungen ging die Temperatur nie über 37,3° C. Aber bei allen traten in den Vordergrund schwere Cerebralerscheinungen, oft plötzlich furibunde Delirien, heftigste Verfolgungsideen, besondere Neigung zu Fluchtversuchen. Dabei Pulsfrequenz sehr schwankend, Form und Verbreitung der Roseola sehr verschieden; keine Beziehung zwischen ihnen und der Intensität der Erkrankung. Auffallende Neigung zu Gangraen (in 9 Fällen von 41) der Extremitäten, also solcher Stellen, welche nicht dem Druck ausgesetzt waren. Die Gangraen ist nicht verschuldet durch die Kaltwasserbehandlung, trat meistens schon in der ersten Krankheitswoche auf, stand in keinem Zusammenhang mit der Körpertemperatur. Von den 9 Kranken, welche Gangraen bekamen, starben 8 und zwar innerhalb 8 Tagen nach dem Auftreten des Brandes.

Bronchialkatarrh war stets, Durchfall in der Mehrzahl der Fälle vorhanden; zuweilen pneumonische Infiltrationen.

Der Verlauf war stets ein auffallend schneller. Mit der 2. Woche pflegte die Reconvalescenz oder der lethale Ausgang einzutreten.

Die Mortalität dieser 41 Fälle betrug 39%, während die Mortalität aller Typhusfälle zusammen 8,1 % betrug, woraus hervorgeht, dass die übrigen Fälle mit Temperaturen über 39° C. viel günstiger verlaufen. Bei allen Individuen, welche einen Typhus der besprochenen Kategorie durchmachten, bestand schlechte körperliche Ernährung, gleichzeitig grosse Strapazen hatten sie heruntergebracht. Immer bestanden Inanitionszustände, wenn der Ileotyphus diesen eigenthümlichen Verlauf nahm.

Die Beobachtungen lehren einestheils, dass es gefährliche Typhusformen gibt, die mit niederen Temperaturen verlaufen und die die grösste Aufmerksamkeit erheischen; anderntheils dass nicht die hohen Temperaturen allein es sind, welche den eventuell lethalen Ausgang bedingen.

Finkler.

---

**6. Stenger, Syphilom des linken Centrum ovale, der rechten Ponshälfte.** (Archiv für Psychiatrie. XI. 1. Heft.)

Bei einem Falle von Dementia paralytica in Folge von Syphilis, fand sich post mortem ein weissgelblicher Tumor, derb anzufühlen, im Innern mit kleinen, käsigen Herden durchsetzt im linken Centrum



ovale; eine zweite Geschwulst von derselben Beschaffenheit sass in der Substanz der rechten Ponshälfte. Mit Rücksicht auf die Experimente von Hitzig und Ferrier bringt Verf. die während des Lebens beobachteten Störungen der rechtsseitigen Sinnesorgane, namentlich Herabsetzung des Hör- und Sehvermögens, sowie die trophischen Störungen in Form von Röthe der rechten Gesichtshälfte und Oedem des rechten Beines mit dem Tumor in der linken Markmasse in Verbindung. Die Lähmung der linken Ober- und Unterextremitäten, der Zunge, der rechten Kaumuskeln, des rechten Rectus externus, des Schlingaktes und zuletzt der Blase und des Mastdarms wird auf die Geschwulst in der rechten Ponshälfte zurückgeführt.

Eickholt (Merzig).

---

7. **Kirchhoff, Cerebrale Glosso-pharyngo-labial-Paralyse mit einseitigem Herd.** (Archiv für Psychiatrie. XI. 1. Heft.)

Glosso-pharyngo-labial-Paralyse in Folge von doppelseitigem Herde im Grosshirn wurde wiederholt beobachtet, selten findet sich nur ein einseitiger Herd. Bei der von Quincke in Bern gemachten Beobachtung handelte es sich um akut auftretende Lähmungserscheinungen im Bereich der Sprache und Deglutination, welche anfangs wieder rückgängig wurden, nach acht Tagen aber recidivirten. Bei der Aufnahme ins Hospital schien zuweilen der rechte und kurz darauf der linke Mundwinkel höher zu stehen, Pfeifen unmöglich, Zunge kaum vorstreckbar, mühsames Sprechen, Lippen- und Kehllaute werden sehr schwer hervorgebracht, die Lippen bewegen sich beim Sprechen wenig. Es bestand Mitralinsufficienz und -Stenose. Im weitern Verlauf wurde das Schlucken nur bei nach hinten gebeugtem Kopfe möglich und bestand starker Speichelfluss. Der Tod erfolgte in Folge einer Apoplexie, welche bei der Autopsie als frischer Herd im rechten Corpus striatum nachgewiesen werden konnte. Neben diesem fand sich ein älterer Herd im äussern Gliede des rechten Linsenkerns. Derselbe ist ohne Zweifel als Ursache der beschriebenen Symptome anzusehen. Pons und medulla waren intact.

Eickholt (Merzig).

---

8. **Dr. Karl Dehio, Stenocardie in Folge von Verschluss der linken Coronararterie des Herzens.** (St. Petersb. medic. Wochenschr. 1880. No. 48.)

Pat., 31 Jahre alt, von kräftigem Körperbau, litt seit dem Frühjahr an leichten Beklemmungsanfällen. Im September traten einige sehr heftige Anfälle auf: das Gesicht war angstvoll entstellt, die Haut blass, Stirn und Extremitäten mit kühlem Schweiss bedeckt, Athmung beschleunigt, Sprache mühsam, schmerzhafte Beklemmung auf der Brust, Puls auffallend klein, Herzstoss schwach, Herztöne leise, undeutlich, nur der zweite Pulmonalton deutlich accentuirt, nach einer halben Stunde überall an den Lungen massenhaftes, kleinblasiges, feuchtes Rasseln mit hellrothem, fast wässerig-flüssigem Auswurf. Tod in einem Anfall. — Die Sektion ergab: sämmtliche Herzhöhlen dilatirt, am



stärksten der linke Ventrikel, Fettauflagerung und fettige Degeneration des Herzens; im Anfangstheile der Aorta hochgradige atheromatöse Veränderungen; die Abgangsstelle der linken Coronararterien vollständig obliterirt. —

D. führt die Anfälle zurück auf eine plötzliche Herabsetzung der Contractionsenergie des linken Ventrikels. Die Accentuirung des zweiten Pulmonaltons kann als ein Zeichen dafür angesehen werden, dass der rechte Ventrikel sich noch relativ kräftig kontrahirte. Dazu kam das acute Lungenoedem. „Ein solcher Vorgang lässt sich, wie Welch gezeigt hat und auch Samuelson (s. Ref. in No. 25. S. 396 d. Bl.) wiederholt, nur durch eine geschwächte Thätigkeit des linken Ventrikels bei ungeschwächt fortdauerndem rechten Ventrikel hervorrufen.“ Diese plötzliche Schwächung des linken Ventrikels ist verursacht durch die durch Arteriosklerose bewirkte vollständige Verschliessung der Ursprungsstelle der Arteria coronaria sinistra. Die Arteriosklerose der Aorta und die Fettdegeneration des Herzens brauchen erfahrungsgemäss derartige Symptome nicht hervorzurufen. Die Fettdegeneration des Herzens erklärt D. aus der Verengerung des rechten und der Verschliessung des linken Coronararterien-Ursprungs, welche eine mangelhafte Blutzufuhr zum Herzen und somit eine ungenügende Ernährung desselben bewirkten. Inwieweit die Fettdegeneration das Zustandekommen der durch andere Ursachen bewirkten stenocardischen Anfälle begünstigt haben mag, wagt D. nicht zu entscheiden. — Während in den Experimenten Samuelson's eine länger als vier Minuten fortgesetzte Verschliessung der Coronarartien diastolischen Herzstillstand und unmittelbaren Tod zur Folge hatte, handelt es sich in D.'s Fall um eine allmälige Verschliessung. Dem entsprechend begann die Krankheit mit leichten Anfällen, welche wohl als relative Insufficienz des Herzens bei gelegentlich gesteigerten Anforderungen an dasselbe gedeutet werden müssen. Die vollständige Verschliessung fällt wohl zusammen mit dem ersten heftigen Anfall; nach demselben bestanden die Symptome der Herzschwäche bis zum Tode.

E. Bardenhewer.

---

9. **A. Kelsch, Les affections de foie en Algérie et les variations de l'urée.** Die Affectionen der Leber und die Veränderungen der Harnstoffausscheidung. (Le progrès médical, 1880. No. 44, 46, 49 und 50.)

Durch eine lange Reihe von Beobachtungen glaubt Brouardel konstatirt zu haben, dass im Verlauf der Leberaffektionen die Harnstoffausscheidung in charakteristischer Weise variirt. Dieselbe sei vermehrt bei einfacher Hyperaemie mit gesteigertem Ernährungs- und Funktionstrieb der Drüsenelemente; sie sei vermindert bei Desorganisation dieser Elemente (Abscess, icterus gravis, Phosphor-Vergiftung u. s. w.). Da die meisten der destruktiven Affektionen mit Kongestion beginnen, sei im Anfang derselben der Harnstoff vermehrt, später vermindert.

K. kann diese Angaben nicht bestätigen. Er theilt acht Fälle von akuter oder chronischer Anschwellung der Leber mit; in



denselben war die Harnstoffausscheidung nicht wesentlich alterirt. In Fällen von katarrhalischem Icterus war dieselbe eher vermindert. Bei Suppuration und Cirrhose fand K. den Harnstoff zwar vermindert; doch findet dieser Umstand seine natürlichste Erklärung in dem Darniederliegen des gesammten Stoffwechsels. In zwei Fällen von icterus gravis bei Typhoidfieber (akute gelbe Atrophie) betrug trotz beträchtlicher Degeneration des Organs die Harnstoffmenge 13,61 resp. 18,75 im Liter Urin. Bei Phosphor-Vergiftung von Hunden war nach Thibaut die Harnstoffausscheidung allerdings verringert; aber im Blute fand sich mehr Harnstoff als unter normalen Verhältnissen; wie hier, so ist auch bei der akuten gelben Leberatrophie nicht die Bildung, sondern die Ausscheidung beschränkt (durch Degeneration der Nieren-Epithelien). — Aus seinen Beobachtungen zieht K. folgende Schlüsse:

„1. Die rein kongestiven Affektionen der Leber haben keine wesentliche Vermehrung der Harnstoffausscheidung zur Folge.

2. Wenn die zunehmende Verminderung des Harnstoffs in den eitrigen und fibrösen Hepatitiden bezogen werden kann auf die Mangelhaftigkeit der Nahrungsaufnahme, der Verdauung, der Bewegungen u. s. w., so ist es zum mindesten schwierig, in dem unleugbaren Einfluss dieser verschiedenen Faktoren den Theil zu bestimmen, welchen die Beeinträchtigung der Leber als Harnstoff-bildenden Organs haben könnte.

3. Endlich scheint aus einzelnen klinischen Thatsachen hervorzugehen, dass bei der akuten fettigen Atrophie der Leber nicht sowohl die Bildung als die Ausscheidung des Harnstoffs vermindert ist, und diese Thatsachen, gestützt durch experimentelle Resultate, sind von grosser Bedeutung in der Debatte über den Ursprung des Harnstoffs."

Der klinischen Beobachtung über die Menge des ausgeschiedenen Harnstoffs darf man sich nur mit der grössten Vorsicht zur Diagnose der Leberaffektionen bedienen.

E. Bardenhewer.

---

10. **Popoff, Ueber die Folgen der Unterbindung der Ureteren und der Nierenarterien bei Thieren, im Zusammenhang mit einigen anderen pathologischen Processen.** (Virch. Arch. Bd. 82. S. 40.)

Verf. suchte die Veränderungen des Gehirns bei Hunden festzustellen, die nach Unterbindung der Ureteren oder der Nierenarterien an Urämie zu Grunde gegangen waren. Er fand an den Gehirngefässen fleckweise, besonders an den Theilungsstellen, sitzende hyaline Körper, die theils die Grösse rother Blutkörperchen hatten, theils bedeutend voluminöser waren, theils einzeln, theils zahlreich zusammenlagen oder zusammenflossen. Diese Gebilde, die ihren chemischen Eigenschaften nach weder Fett noch colloide Substanzen sein konnten, lagen zum Theil in den Gefässen, meist aber in der Wandung oder im perivasculären lymphatischen Raume. Verf. glaubt, dass sie hervorgingen aus rothen Blutkörperchen, die in Folge der durch die Urämie hervorgerufenen Bedingungen extravasirten und welche durch die im Blut aufgespeicherten Substanzen zur Aufquellung und Hyalisirung

gebracht würden; er hält die ganze Erscheinung also für eine Folge der Urämie. Weiterhin beobachtete er die Ansammlung grosser Quantitäten von Harnstoff in der Leber. Derselbe trat in Form von Krystallen im mikroskopischen Bilde entgegen und konnte auf chemischem Wege als solcher nachgewiesen werden.

Ribbert.

---

**11. Csokor, Ueber die Folgen der Unterbindung der Ureteren und der Nierenarterie bei Thieren, im Zusammenhang mit anderen pathologischen Processen.** (Virch. Arch. Bd. 82. S. 552.)

Verf. wendet sich gegen die vorstehend referirte Arbeit Popoff's auf Grund seines in der Gesellschaft der Aerzte Wiens gehaltenen Vortrags, in welchem er als einen wesentlich und immer vorhandenen Befund im Gehirn gesunder Hunde die von Popoff für die Urämie geschilderten Verhältnisse anführt. Verf. leitet die beschriebenen Körper ebenfalls von rothen Blutkörperchen ab, bezeichnet sie aber als normale Umwandlungsprodukte derselben, die anfänglich als geschrumpfte Körperchen auftreten, dann zusammenfliessen, aufquellen, tropfenförmig flüssig werden, schliesslich aber wieder schrumpfen und als Pigment resultiren. Die Schilderungen Popoff's können daher auf die Urämie nicht bezogen werden.

Ribbert.

---

**12. Kugelmann** (Hannover), **Leukoplakia lingualis in Karlsbad geheilt?** (Allgem. Wiener med. Zeitung 1880. No. 32.)

K. bestreitet, dass Leukoplakia lingualis, ein von den bisherigen Beobachtern in der Hauptsache als incurabel angesehenes Leiden, durch eine Kur in Karlsbad geheilt werden könne. Der von Hertzka (s. dieses Centralblatt No. 37. 10) beobachtete und in Karlsbad geheilte Fall sei keine wahre Leukoplakia lingualis, sondern eine katarrhalische, mit Epitheldesquamation und Bildung von Erosionen verbundene Erkrankung der Zungenschleimhaut, als deren Ursache chronischer Magenkatarrh und Anaemie anzusehen sei.

Brockhaus (Godesberg).

---

**13. A. Albrecht, Mittheilungen über den Milchsaft von Cania Papaya und das daraus dargestellte vegetabilische Pepsin (Papaïn).** (Correspondenzbl. f. schweizer Aerzte No. 21 u. 22.)

In allen Theilen jenes in heissen Ländern verbreiteten Baumes findet sich ein Milchsaft vor, der den Bewohnern jener Länder als Nahrungs- und Arzneimittel (Vermifugum) dient. Zur Fabrikation des Papaïns wird nur der abfliessende Milchsaft aus den angeschnittenen, der Reife nahestehenden Früchten verwendet. Das Papaïn stellt ein weisses amorphes, in Wasser vollkommen und leicht lösliches Pulver dar. Es wirkt auch in neutraler Lösung, zum Unterschied von Thierpepsin, peptonisirend. Reines Papaïn verdirbt nicht, im Gegensatz zu dem Thierpepsin.



Die Herren Tunette und Perret in Paris, rue de Rivoli 68, haben folgende Präparate eingeführt: Cachets de Papaïne, Papaïn mit Stärkemehl gemischt und in Oblaten eingeschlossen. Einzeldosis 1—2 Cachets.

Dragées de Papaïne, Papaïn mit einer Zuckermasse zu Pillen geformt. Dosis 1—5 Dragées.

Papaïnsyrup. Papaïn in Zuckersyrup gelöst und durch Himbeersaft aromatisirt. Dosis 1 Thee- bis 1 Esslöffel.

Papaïnwein. Papaïn in Malaga gelöst. Dosis 1 Bordeauxglas.

Papaïnelixir. Papaïn in Anisliqueur gelöst. Dosis 1 Liqueurglas.

Die Dosis des reinen Papaïns schwankt je nach Alter und Krankheit von 0,02 bis 0,1 gr.

A. hat mit vorgenannten Präparaten, sowie mit dem reinen trockenen und flüssigen Milchsaft künstliche Verdauungsversuche angestellt. Es geht aus denselben im Einklang mit den Versuchen französischer Experimentatoren hervor, dass sowohl dem Milchsaft als dem daraus dargestellten Ferment und den genannten Präparaten die ihnen zugesprochenen verdauenden Eigenschaften in der That zukommen und zwar in hohem Maasse. Am stärksten und raschesten peptonisirt der Milchsaft. Die Papaïnpräparate weichen in ihrer peptonisirenden Wirkung nicht bedeutend von einander ab. Am schwächsten scheinen die Dragées zu wirken. Ein Zusatz von Salzsäure beschleunigt entschieden die peptonisirende Wirkung des Papaïns.

Der Papaïnwein passt sehr gut als Stomaticum vor Tische, das Elixir nach Tische als feiner Liqueur. Die übrigen Präparate können nach Belieben vor oder nach den Mahlzeiten genommen werden. Der Syrup passt ausschliesslich für das Säuglings- und Kindesalter. In den wenigen Fällen, in denen A. bis jetzt Gelegenheit hatte das neue Mittel auf seine medicamentöse Wirkung zu prüfen, machte er die Erfahrung, dass es bei einfachen dyspeptischen und catarrhalischen Magen-Darmerkrankungen kleiner und älterer Kinder von vorzüglicher Wirkung sei. Bei acht Erwachsenen mit dyspeptischen Störungen sah er ebenfalls unzweifelhafte und anhaltende Wirkung.

Ungar.

---

**14. E. Landsberg, Untersuchungen über das Schicksal des Morphins im lebenden Organismus.** (Pflüger's Arch. Bd. XXIII. S. 413.)

Landsberg vergiftete Hunde und Kaninchen mit Morphinsalzen theils durch subcutane Injection, theils durch directe Einspritzung in die Blutbahn hinein, um das Verhalten des Giftes unter dem Einfluss des lebenden Organismus zu studiren. Aus seinen Versuchsresultaten zieht er folgende Schlüsse:

Wird das Morphin subcutan injicirt und demgemäss allmählich von dem Gefässsystem aufgenommen, so erliegt es einer schnellen Umsetzung oder Zersetzung, die möglicherweise bedingt ist durch den Einfluss der Alkalescenz und der Gase des Blutes oder aber auch vielleicht durch Fermente ins Werk gesetzt wird. So wird es dann endlich durch den Harn nicht mehr als solches, sondern nur in seinen Zersetzungsproducten ausgeschieden, als Morphin höchstens in minimalen



Spuren. Entsprechend den Mittheilungen von Taylor und Jacques scheint die Zersetzung, der das Morphin im Blute und in den Geweben anheimfällt, eine ziemlich energische zu sein.

Wurde das Morphin direct ins Blut injicirt, so gelang es L. selbst dann nicht, das Alkaloid im entleerten Blute nachzuweisen, wenn schon 3 Stunden nach der Vergiftung das Blut daraufhin untersucht wurde. Eine Ausnahme von diesem Befunde constatirte Verf. nur in einem Falle, wo die sehr hohe Dosis von 0,8 Morph. hydrochlorat. in die Drosselader eingespritzt worden war.

Das Morphin erscheint erst dann im Harn wieder, wenn die Fähigkeit des Blutes, dasselbe zu zersetzen sich an einem bestimmten, nicht geringen Quantum des Giftes erschöpft hat und demgemäss auf den Rest desselben nicht mehr einwirken kann.

Auch bei der Untersuchung von Gehirn und Leber mit Morphin getödteter Thiere erhielt L. nur negative Resultate, und begegnet so dem Einwand, dass das Morphin nur desshalb nicht im Harne erscheine, weil es vielleicht in anderen Organen längere Zeit unverändert liegen bliebe.

Den von anderen Beobachtern gemachten Befund, wonach sich nach Morphinvergiftung das Alkaloid in Magen, Darm und Faeces nachweisen liess, erklärt Verf. aus der grossen Menge des eingeführten Giftes, welches dann nur zum Theil resorbirt und im Organismus zersetzt wird, während der Rest unverändert den Tractus passirt, beziehentlich, wenn der Tod früh eintritt, in Magen und Darm liegen bleibt.

Das gesammte Resultat, welches L. erzielte, entspricht den Angaben der anderen Autoren, und steht mit diesen im Gegensatz zu den von Kauzmann gemachten Angaben.

Schliesslich stellt Verf. noch als eine Möglichkeit die Annahme auf, dass bei der Gewöhnung an Morphin eine zunehmende Zersetzungskraft des Organismus gegenüber dem Gifte mit in Frage trete.

Schulz.

---

15. **P. Fürbringer, Experimentelle Untersuchungen über die Resorption und Wirkung des regulinischen Quecksilbers in der grauen Salbe.** (Virchow's Arch. Bd. LXXXII. S. 491.)

Auf Grund einer sehr grossen Reihe von mit allen Cautelen und in verschiedener Variation der Methode angestellten Versuchen über die Wirkung frisch bereiteter, von Quecksilberoxyden freier grauer Salbe gelangt F. zu dem Schlusse, dass bei intacter Haut und Schleimhaut durch das Einreiben der Salbe Quecksilberkügelchen in die Haartaschen und Talgdrüsengänge der Haut eingedrückt werden. Unter dem Einfluss des Drüsensecretes unterliegt das Metall einer Veränderung, die es zu einer resorbirbaren Verbindung überführt. Ferner wird das, durch die Respiration aufgenommene dampfförmige Quecksilber auf den dabei in Frage kommenden Schleimhäuten wieder verdichtet, und die so wieder entstandenen Quecksilberkügelchen dann in eine resorbirbare, lösliche Oxydationsstufe übergeführt.

Ein vollkommenes Durchdringen durch die intacte Haut seitens des in der grauen Salbe enthaltenen metallischen Quecksilbers sowie



eine Durchwanderung des dampfförmigen Metalles durch Schleimhäute und Haut findet nicht Statt.

Anders ist das Verhältniss bei verletzter Haut. Ist in solchem Falle dem Quecksilber Gelegenheit geboten, direct in die Blutbahn einzutreten, so liefert es im Contact mit dem lebenden Blute eine lösliche, wirksame Verbindung. Dasselbe findet Statt, wenn das Metall, unverändert oder dampfförmig auf sonstige, ihrer natürlichen Decke beraubte Stellen der Haut oder Schleimhaut (Wunden, Geschwüre etc.) sich ablagert. Auch da werden durch Berührung mit den Secreten lösliche Quecksilberverbindungen gebildet.

Endlich aber kann auf der Haut niedergeschlagener Quecksilberdampf dadurch wirksam werden, dass er durch die Secrete der Haut in passender Weise modificirt wird und so die neugebildeten löslichen Oxydationsproducte des Metalles mit Hautstellen in Berührung treten, die ihrer Epidermis beraubt sind. Schulz.

---

## Neue Bücher.

Aitkin, The science and practice of medicine. 7th ed. 2 vols. London, Griffin. 42 sh.

Bulletin de la société clinique de Paris redigé par les docteurs Cuffer et Marchand. 1879. Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Burdett, Cottage hospitals: general, fever and convalescent, their management and work. 2nd ed. London, Churchill. 3 sh. 6 d.

Cayley, Pathology and treatement of typhoid fever: croomian lectures. London, Churchill. 4 sh. 6 d.

Descriptive Atlas of Anatomy a representation of the Anatomy of the human body in 92 royal 4° plates containing 550 fig. London, Smith & Elder. 25 sh.

Duval, Des éruptions rénales. Versailles, Cerf & fils.

Gamgee, A text book of the physiological chemistry of the animal body including an account of the chemical changes occuring in disease. London, Macmillan. 18 sh.

Green, An Introduction to pathology and morbid anatomy. 5th ed. London, Renshaw. 10 sh. 6 d.

Gros, A practical treatise on tumours of the mammary gland, ambracing history, pathology etc. London, Lewis. 10 sh. 6 d.

Hofmann, Lehrbuch der gerichtlichen Medicin. 2. verm. u. verb. Aufl. Mit zahlr. Holzschnitten. 2. Hälfte. Wien, Urban & Schwarzenberg. 9 Mark.

Jaccond, Leçons de clinique médicale faites à l'hopital Lariboisière. Paris, Delahaye & Lecrosnier.

Ralfe, Demonstrations in physiological and pathological chemistry, with a concise account of the clinical examination of urine. London, Boque. 5 sh.

Richards, A cronology of Medecine ancient, mediaeval and modern. London, Baillière. 10 sh. 6 d.

---

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.





Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen nebst Titel und Register.

# Centralblatt

für

# KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigirt von

**Dr. H. Rühle,** Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

**Dr. D. Finkler,** Privatdocent und Assistent an der medicin. Klinik in Bonn.

**1881. 11. Januar. Nro. 41.**

**Inhalt.** Referate: 1. **Simmonds**, Beiträge zur Statistik und Anatomie der Tuberkulose. — 2. **Meschede**, Ueber pathologische Veränderungen und über die functionelle Bedeutung der Oliven des verlängerten Marks. — 3. **Preisendörfer**, Ueber reflektorische Vagusneurose. — 4. **Buch**, Ueber einige seltene Symptome der Tabes dorsalis. — 5. **Erb**, Ueber spinale Myosis und reflektorische Pupillenstarre. — 6. **Abadie**, Considérations sur certaines formes de goitre exophthalmique. — 7. **Brown-Séquard**, Arrêt des mouvements rhythmiques des sphincters. — 8. **Messerer**, Ueber Elasticität und Festigkeit der menschlichen Knochen. — 9. **Galliard**, De l'emphysème sous-cutané dans les affections pulmonaires aigues. — 10. **König**, Noch einmal die Frage der Empyemoperation. — 11. **Glax**, Ein Beitrag zur Balneotherapie der Herzfehler mit besonderer Berücksichtigung des Kurortes Rohitsch-Sauerbrunn. — 12. **Oulmont**, Anévrisme de l'aorte et pneumonie chronique. — 13. **Bostroem**, Beiträge zur pathologisch-anatomischen Casuistik. — 14. **Parise**, Mecanisme de la mort subite dans la gangrène. — 15. **Fournier**, Simulation d'attentats vénériens sur de jeunes enfants. — 16. **Treub**, Over Carbolintoxicatie. — 17. **Schaefer**, Extractum fabae Calabaricae bei Atonie des Darms. — 18. **Kahler**, Ueber die Wirkung des Resorcin bei Wechselfieber.

1. **Dr. M. Simmonds** (Kiel), **Beiträge zur Statistik und Anatomie der Tuberkulose.** (Deutsch. Arch. für klin. Medicin. Bd. XXVII. Heft 5 u. 6. p. 448.)

476 Sektionen tuberkulöser Individuen liefern das Material. Während die einzelnen Jahrgänge keine grossen Verschiedenheiten bieten, äussert sich der Einfluss der Jahreszeiten regelmässig, so dass die meisten Todesfälle an Tuberkulose im März bis Mai, die wenigsten im September bis November eintreten. „Die grösste Zahl der Todesfälle von Tuberkulose fällt in die beiden ersten Lebensjahre. Sie nimmt dann stetig bis zur Pubertät ab, steigt später wieder schnell, um in der Mitte des dritten Decenniums ein zweites Maximum zu erreichen, und nimmt dann allmählich ab." Auch im Foetalleben und in den ersten Lebenswochen kommt Tuberkulose, wenn auch selten, vor.

Ueber die Verbreitung der Tuberkulose im Körper gibt die Zusammenstellung der letzten 100 Sektionen Aufschluss. Die Zahl der gleichzeitig tuberkulös erkrankten Organe ist im Kindesalter (vorwiegend Hirn und seine Häute) grösser als bei Erwachsenen. „In keinem seiner 100 Fälle fehlte ein Käseherd im Sinne der Buhl'schen Theorie."

Combination von Krebs und Tuberkulose ist in 7 Fällen



gesehen; zweimal frische Miliartuberkulose bei secundären Krebsknoten in der Leber. Innerhalb krebsigen Gewebes kat S. keine Tuberkel erkennen können, aber beide Neubildungen kommen sich so nahe, dass sie direkt an einander stossen.

Häufig wurden in der Leber tuberkulöser Kinder Gallencysten gefunden; am häufigsten bei acuter Miliartuberkulose, seltener bei chronischer Tuberkulose (gegen Birch-Hirschfeld). Es handelt sich um Tuberkelanhäufungen, die central in verschiedener Ausdehnung zerfallen und mit Galle gefüllt sind. Die centrale Höhle entsprach ursprünglich einem Gallengangslumen. Der Modus der Tuberkelablagerung ist der, dass „der Process ... ausgeht von dem die Gallengänge umgebenden Bindegewebe und den äussersten Schichten der Faserhaut und wäre demnach nach Analogie der Peribronchitis als Periangiocholitis tuberculosa zu bezeichnen". Für den Weg der Infektion stellt S. die Hypothese auf, es erfolge die Zufuhr des infektiösen Stoffes vom Darm her durch die Gallenwege.

Finkler.

---

2. **Meschede** (Königsberg), **Ueber pathologische Veränderungen und über die functionelle Bedeutung der Oliven des verlängerten Marks.** (Wiener med. Blätter 1880. Nr. 53.)

Die Beobachtung pathologischer Zustände der Oliven beim Menschen scheint zur Erkenntniss der functionellen Bedeutung dieses Organs wohl verwerthbares Material zu liefern. Desshalb theilt M. zwei solcher Beobachtungen mit. Die erste betrifft einen jungen Mann, der an tiefem Stupor und Blödsinn litt und an Tuberkulose zu Grunde ging. Abgesehen von den Erscheinungen der psychischen Erkrankung, zeigte Pat. die Sonderbarkeit, dass er seine Bewegungen meist in einer kleinen Kreisbahn absolvirte und zwar in der Regel von links nach rechts. Die Section ergab hochgradigen Schwund der rechten Olive. Zwar war noch in der rechten Hälfte der medulla oblongata ein Nucleus olivae deutlich auf dem Querschnitt zu erkennen, aber er war auf die Hälfte der normalen Ausdehnung geschrumpft.

Der zweite Fall betrifft eine Frau mit apathisch-stupidem Blödsinn, die sich stundenlang in der Richtung von rechts nach links um die Längsaxe ihres Körpers dreht und dieser Rotationsdrang wurde bei der Pat. während 6 Monaten ununterbrochen beobachtet. Niemals aber wurde eine Drehung des Körpers in der entgegengesetzten Richtung gesehen. Autopsie: Ausgesprochene Atrophie und Verhärtung der linken Olive. Die Hemisphären des kleinen Gehirns waren völlig intact. Desshalb sind wohl die Zwangsrotationen nicht auf Veränderungen des kleinen Gehirns zu beziehen. In Uebereinstimmung steht der Befund mit den Vivisectionsergebnissen, dass bei einseitigen Durchschneidungen des verlängerten Markes Zwangsstellungen und Zwangsbewegungen heobachtet wurden.

Finkler.

---



3. **Dr. P. Preisendörfer** (Lohr a. M.), **Ueber reflektorische Vagusneurose.** (Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. XXVII, Heft 3 u. 4, pag. 387.)

Die auf einer Affection der im Vagus enthaltenen regulatorischen Herznerven beruhende „regulatorische Angina pectoris" (Eulenburg) tritt meist als ein Reizzustand mit Pulsverlangsamung, weit seltener in Form einer Lähmung mit Vermehrung der Pulsfrequenz in die Erscheinung. Verf. beobachtete einen Fall letzterer Art, der in Bezug auf die Aetiologie dieser Krankheitsform von Interesse ist. Bei einer 58jähr. Patientin bestanden seit längerer Zeit gastrische Beschwerden, und in den letzten 2½ Jahren Anfälle von äusserst heftigen Herzpalpitationen, die im Laufe der Zeit stärker wurden, in immer kürzeren Intervallen wiederkehrten und 5 Minuten bis 4 Stunden dauerten. Durch Compression des Vagus konnten schwerere Anfälle vorübergehend, leichtere dauernd coupirt werden. Die Anfälle liessen sich bei genauer Beobachtung auf Diätfehler zurückführen und blieben beim Einhalten einer entsprechenden Diät aus. Da directe Reizung des Vagus (Compression am Halse) die Palpitationen zum Verschwinden brachte, ist anzunehmen, dass es sich um einen Nachlass des normalen Vagustonus handelte, der reflectorisch vom Magen aus hervorgerufen war. Therapeutisch wird neben der Causalbehandlung die Compression der Vagi empfohlen. Stintzing (München).

---

4. **Buch, Ueber einige seltene Symptome der Tabes dorsalis.** (Archiv für Psychiatrie XI. 1. Heft.)

Verf. beschreibt zwei Fälle von Tabes, bei welchen ausser den bekannten noch folgende erwähnenswerthe Symptome beobachtet wurden:

1. Vasomotorische Störungen in Form einer beständigen Kühle der untern Extremitäten, plötzliches Schwellen des einen Hodens, Auftreten von Blutblasen auf der Mundschleimhaut. Das Zustandekommen dieser Vorgänge wird einerseits auf einen Krampf der Gefässringmuskeln oder schwache Erregbarkeit der gefässerweiternden Nerven, andererseits auf eine Lähmung der Vasoconstrictoren zurückgeführt.

2. Abwesenheit von Samenkörperchen im Samen in Folge von Lähmung der gefässerweiternden Centren im Rückenmark und Ueberwiegen der Vasoconstrictoren der Hodengefässe.

3. Ein spätes Schwinden der Patellarsehnenreflexe.

4. Eine Abhängigkeit der Reflexzeit von der Reizstärke. Reflex und Schmerz traten immer zu gleicher Zeit auf. Die Erklärung findet Verf. in der Erhöhung der Widerstände im spinalen Reflexbogen und der grauen Substanz. In Folge dessen gelangt die ganze Reizquantität zum Gehirn, ruft Schmerzempfindung hervor, verstärkte Reflexe und springt auf benachbarte sensible Centren über.

5. Fleckweise Abnahme der faradischen Sensibilität.

6. Incongruenz der mechanischen und faradischen Schmerzerregbarkeit, welch' letztere an der Fusssohle vernichtet, während die erstere erhöht resp. normal war.

Eickholt (Merzig).

---





5. **Prof. Erb** (Leipzig), **Ueber spinale Myosis und reflektorische Pupillenstarre.** (Universitäts-Programm 1880.)

Man versteht unter obiger Bezeichnung jenen Zustand der Pupillen, in welchem dieselben (meistens) eine sehr erhebliche Verengerung — Myose — zeigen, und dabei auf Lichtreize vollkommen unerregbar sind, während sie auf accommodative Impulse und Convergenz der Sehachsen mit ganz normaler Promptheit reagiren. Abgesehen von früheren Autoren bearbeitete diesen Gegenstand E. bereits im Deutsch. Arch. für klin. Med. Bd. 24. 1879 „Ueber die Pathologie der Tabes dorsalis" und stimmte im Wesentlichen mit dem Franzosen Vincent überein. E. fand das Symptom unter 40 Fällen von ausgesprochener Tabes 23 Mal. Die reflektorische Pupillenstarre ist im initialen Stadium der Tabes dorsalis häufig, im ataktischen Stadium fast konstant. Myosis ist nicht immer zugleich vorhanden, wohl in dem späteren Stadium des Leidens fast die Regel, vorher können die Pupillen normal weit oder selbst abnorm weit sein.

Selbst bei Amblyopie ist die reflektorische Starre noch häufig, bei kompleter Amaurose die Myosis nicht selten. Fast ebenso häufig, wie bei der Tabes ist die reflektorische Pupillenstarre bei der progressiven Paralyse der Irren, aber hier seltener mit Myosis, weit häufiger mit Differenz der mittelweiten Pupillen verbunden. Es ist nicht räthlich, die Lichtreaktion durch Oeffnen und Schliessen der Lider zu prüfen, sondern besser die Pupillen andauernd genau zu besichtigen, während man die Augen abwechselnd beschattet und belichtet oder auch hierzu mittelst Convexglases concentrirtes Tages- oder Lampenlicht verwendet. Unter 84 neuen Fällen von Tabes dorsalis fand E.

| | |
|---|---|
| absolute reflektorische Starre | 59 Mal, |
| sehr schwache, träge, unausgiebige Lichtreaktion | 12 Mal, |
| Also Summa der verminderten Reaktion | 71 Mal, |

dagegen normale Lichtreaktion 13 Mal; d. h. also reflektorische Starre überhaupt bestand in 84,5 % der Tabesfälle und fehlte nur in 15,5 %. Von diesen 71 Fällen zeigten zugleich ausgesprochene Myosis 37, also 52 %, (hierunter 3 Fälle mit Sehnervenatrophie), normal weite, zum Theil differente Pupillen, 34 Fälle. Die Myosis fehlt also fast in der Hälfte der Fälle bei reflektorischer Starre. Von den 71 Fällen gehörten 43 dem Initialstadium an. Ein Zusammenhang zwischen Syphilis und reflektorischer Pupillenstarre war nicht nachzuweisen. Bei progressiver Cerebralparalyse konnte E. nur das Ueberwiegen der Pupillendifferenz über die anderen Veränderungen bestätigen. Sehr selten kommt die reflektorische Pupillenstarre, mit oder ohne Myosis, bei andern Neurosen und sonstigen Krankheiten vor, und, wie es scheint, bei Gesunden gar nicht.

Zur Erklärung der reflektorischen Starre nimmt E. eine Läsion an einem Stück des Reflexbogens zwischen den cerebralen Opticus- und Okulomotoriuscentren an, für die Myosis eine solche oder eine Lähmung des pupillendilatirenden Centrums selbst oder der von ihm abgehenden motorischen Leitungsbahnen innerhalb des Rückenmarks oder im Halssympathicus, durch welche Trennung der lokalen Ursache in beiden Zuständen das selbständige Auftreten jedes derselben erklärt würde.



Bei Tabischen mit Myosis und reflektorischer Starre fehlt die normal beim Erwachen aus dem Schlafe eintretende beträchtliche Erweiterung der Pupillen, ebenso wie nach starken Hautreizen (Kneifen, starke faradische Pinselung), nach direkter Reizung der Sympathicusgegend mit feuchten Elektroden und bei fürchterlichen neuralgischen Schmerzen. Aus den Untersuchungen geht hervor, dass nicht nur eine Aufhebung der reflektorischen Verengerung der Pupillen, sondern auch eine Aufhebung ihrer reflektorischen Erweiterung bei Tabes sehr häufig zu beobachten ist. Oebeke (Endenich).

---

6. **Dr. Ch. Abadie, Considérations sur certaines formes de goitre exophthalmique.** Betrachtungen über gewisse Formen von Morbus Basedowii. (L'Union méd. Nr. 157. 1880.)

Eine 28jährige Frau klagte seit verschiedenen Monaten über nervöse Störungen, grosse Schwäche und allgemeines Unbehagen. Als Grund wurde Anaemie angenommen. Tonica und Hydrotherapie hatten nur vorübergehenden Erfolg. In der letzten Zeit verspürte Patientin, dass ihr rechtes Auge ein wenig prominent wurde, welche Prominenz beständig zunahm. Linkes Auge normale Stellung. Man konnte an einen unilateralen, retrobulbären Tumor denken. Zu gleicher Zeit bestand ein Spasmus des Levator Palpebrae sup. Bei dem Blick nach unten blieb das obere Augenlid unbeweglich, so dass der ganze obere Theil der Sclerotica dann unbedeckt war. Dieser Spasmus hat, wenn er besteht, einen hohen klinischen Werth, denn er kommt ausschliesslich bei strumösem Exophthalmus vor. Bei genauerer Untersuchung fand A. denn auch eine leichte Hypertrophie der Glandula thyreoidea, deren medianer Theil eine leichte Prominenz bildete. Die Herztöne waren vibrirend; kein Geräusch; Pulsationen bei wiederholter Zählung 96. Diese Krankheitserscheinungen können nach A. eine rationelle Erklärung finden in der Localisation der Ursache in diesem oder jenem Theil des cervicalen Halssympathicus. Fängt der krankhafte Process an, oder concentrirt er sich im Ganglion supremum, so werden die Störungen der Vascularisation sich hauptsächlich bemerkbar machen, in den von diesem Ganglion ausgehenden Aesten und deren Endästen. Es ist wahrscheinlich (doch führt A. es nur als Hypothese an), dass wenn das Ganglion supremum afficirt ist, die vasomotorischen Störungen sich besonders geltend machen werden am Auge und am Kopf. Ist es das Gangl. medium, so erweitern sich die Gefässe der Glandula thyreoidea, und die Hypertrophie dieses Organes ist die Folge davon. Treten die cardialen Störungen in den Vordergrund, so ist es das Gangl. infimum und vielleicht die ersten introthoracischen Ganglien. Diese Weise, die unvollkommenen Formen nach dem wahrscheinlichen Sitz der Veränderungen zu betrachten, sei vielleicht wissenschaftlicher, als sie als besondere Typen oder Anomalien eines primitiven Typus aufzufassen.

Roux.

---



7. **Brown-Séquard, Arrêt des mouvements rhythmiques des sphincters.** Unterdrückung der rhythmischen Bewegungen der Sphincteren. (L'Union méd. Nr. 158. 1880.)

An einem Hunde, welchem das Rückenmark in der Regio dorsalis quer durchschnitten war, beobachtete B.S. eine Dilatation des Sphincter ani, und die Goltz'sche rhythmische Bewegung. Bei einer Hündin, welche vor Kurzem geworfen hatte, sah man die beiden Sphincteren der Vagina und den Sphincter ani sich abwechselnd contrahiren und erschlaffen, 20—30 Mal in der Minute. Führt man den Finger in die Vagina, und kneift einen der Hinterfüsse, so hören die Bewegungen unmittelbar auf und man fühlt den Sphincter erschlaffen. Bei einer Hündin, bei der das Rückenmark ein wenig über der lateralen rechten Hälfte durchschnitten war, constatirte B.S., dass das Aufhören der Reflexerregbarkeit und das tonische Vermögen des Rückenmarks sich ebenso darstellte, als ob man den hyperästhetischen hinteren (rechten) oder den anästhetischen (linken) Fuss kniff. Führte man den Finger in den Anus oder in die Vagina, so konnte dieses ohne Widerstand geschehen, und ohne die geringste Reflexbewegung der Fasern der Sphincteren oder der angrenzenden Theile zu verursachen.

Roux.

---

8. **Doc. Dr. O. Messerer, Ueber Elasticität und Festigkeit der menschlichen Knochen.** (Stuttgart, Cotta.)

Nach einigen physikalischen Definitionen über Elasticität und Festigkeit resumirt Verf. kurz die Resultate bisheriger Untersuchungen, welche über diese Eigenschaften besonders von Rauber an der Knochensubstanz (Stücken der Compacta und Spongiosa) angestellt worden sind. Bei seinen eigenen Versuchen an ganzen Knochen bediente sich M. der Werder'schen Festigkeitsmaschine, die im Original abgebildet und beschrieben wird. Zur Verwendung kamen möglichst normale und frisch aus der Leiche entnommene bis auf das Periost entblösste Knochen bei einer Temperatur von 20—23° C. Versuche am Schädel bei Druck zwischen zwei ebenen Flächen in querer und in sagittaler Richtung ergaben, dass sich der Schädel bis zu erfolgendem Bruche um 8,8 mm verkürzen kann, während die nicht direct gedrückten Durchmesser eine minimale (höchstens 1,3 mm betragende) Vergrösserung erfahren. Die Veränderung bis zur muthmasslichen Elasticitätsgrenze betrug im Maximum für den direct gedrückten Durchmesser nur 4,5, für die senkrecht zu ihm stehenden 0,4 mm. Bei Querdruck war die Formveränderung in der Druckrichtung grösser als bei Sagittaldruck, bei letzterem ertrug der Schädel eine grössere Belastung (1200 ko bis zum Bruch), als in querer Richtung (800 ko). Der Bruch erfolgte meist in der Basis cranii und zwar constant parallel verlaufend mit der Druckrichtung. Bei Druck vermittelst der Wirbelsäule in senkrechter Richtung auf den Schädel wurden meist die Condylen des Hinterhauptbeines, der Türkensattel und eine oder beide Felsenbein-Pyramiden nach innen getrieben; der Bruch erfolgte bei relativ niedriger Belastung (Mittel 268 ko.) Durch concentrirten Druck vermittelst eines cylinderförmigen vorne abgerundeten Bolzens (von 17 mm



Durchmesser) wurde der Schädel entsprechend dem Durchmesser dieses durchlocht ohne Veränderung der Umgebung. Die Stellen mit weniger entwickelter Diploe zeigten dabei die gleiche Festigkeit wie die Diploe-Zeichen. Der Unterkiefer brach bei Druck auf die Kieferwinkel in seiner Mitte, bei Druck auf die Kinnspitze am Halse unterhalb des einen oder unterhalb beider Capitula mentalia. Zu letzterem Bruch war eine grössere Belastung erforderlich als zu ersterem. Bei seitlichem Druck können sich die Unterkieferäste um 10,5 mm nähern, bei Druck auf die Kinnspitze bis 13,3 mm von einander entfernen. An den Wirbeln nahm der Widerstand gegen die Bruchbelastung (senkrecht auf die Wirbelkörper ausgeübter Druck) von den Hals- bis zu den Lendenwirbeln zu. Der Thorax erlitt bei Druck sowohl in sagittaler als in querer Richtung eine Verkleinerung und im senkrecht stehenden Durchmesser eine weniger beträchtliche Vergrösserung. Bei zwei jugendlichen Individuen konnte das Sternum vollständig an die Wirbelsäule angedrückt werden, ohne dass ein Bruch eintrat. Die Bruchbelastung des Beckens Erwachsener bei Druck von vorne nach hinten betrug im Mittel 249 ko. Der Bruch erfolgte symmetrisch an den das Foramen obturator. innen begrenzenden Knochenbrücken. Druck in querer Richtung, an der Crista oss. il. angreifend, verursachte die Diastase einer Symphysis oss. sacri bei einer mittleren Belastung von 178 kg. Bei Querdruck in der Höhe der Acetabula vertrug das Becken eine grössere Belastung als bei Längsdruck. Die Extremitäten-Knochen wurden auf Zug-, Druck- und Säulenfestigkeit geprüft. Der Druck zwischen 2 Eisenprismen auf die Mitte langer Röhrenknochen bewirkte ausgedehnte Längsfissuren; zum völligen Durchquetschen waren Belastungen bis über 4000 kg erforderlich. Die Säulenfestigkeit hatte ihre höchste Grenze an der Tibia, welche bei einer Maximalbelastung von 1650 kg einen Zerknickungsbruch an dem einen Ende erlitt. Bei Druck auf die Patella erfolgte stets ein halbirender Längsriss bei beträchtlicher Belastung. Zur Hervorrufung eines Biegungsbruches war die höchste Belastung am Femur und an der Tibia (Druck auf die Crista), die niedrigste an der Fibula erforderlich. Die Biegungsfestigkeit ist am grössten im mittleren Lebensalter und nimmt dem Alter proportional ab. Der Bruch bei den Biegungsversuchen fand am Angriffspunkt der Kraft statt und war meist ein Schräg- oder Querbruch; mehrmals wurde ein keilförmiges Stück, dessen Basis der Druckrichtung zugekehrt war, ausgesprengt, und fast immer war diese Keilform durch Fissuren angedeutet. Verf. hält daher die letztere Bruchform für die normale bei Biegungsbrüchen. Bei Anwendung der Torsion wurde am leichtesten (6 kg) gebrochen die Fibula; am schwersten (89 kg) das Femur. Die grösste Maximalverwendung ertrugen Fibula (um 23,9°) und Radius (um 23,4°), die geringste Ulna (um 7,9°). — „Weibliche Knochen ertragen entsprechend ihren kleineren Dimensionen meist nur eine geringere Belastung als männliche, die Festigkeit aber ist bei beiden Geschlechtern gleich.“ Zwischen rechts und links fanden sich inconstant geringe Unterschiede, welche den verschiedenen Dimensionen entsprachen.

Stintzing (München).



9. **Galliard** (Paris), **De l'emphysème sous-cutané dans les affections pulmonaires aigues.** Ueber Hautemphysem bei acuten Lungenkrankheiten. (Arch. général. de médec. Decbr. 1880. St. 671—685.)

Bei Lungenkrankheiten, welche mit starker Dyspnoe oder heftigem Husten einhergehen, kommt es vor, dass einzelne Lungenbläschen zerreissen und die Luft unter die pleura austretend allmählich bis zur Lungenwurzel und dem mediastinum getrieben wird und am Halse aus der Brusthöhle herauskommend, weit unter die Hautdecken fortkriecht. Bei Kindern mit Keuchhusten ist dies Phänomen am häufigsten beobachtet worden, ferner bei Bronchopneumonie, Pneumonie, acuter Tuberculose und bei Bronchitis. Die ihm bekannten Krankheitsfälle der Literatur hat Verf. zusammengestellt. Er berichtet ferner über einen gleichen Krankheitsfall bei einem 14jährigen Knaben, welcher mit den Zeichen der Lungenschwindsucht behaftet, von einer acuten Pneumonie befallen wurde. Am 8. Krankheitstage, nachdem starke Hustenanfälle vorhergegangen waren, zeigte sich am Halse Hautemphysem, welches bis zur 2. Rippe hinabstieg und nach 3 Tagen sich wieder verloren hatte. Der Kranke genas. Verf. glaubt, dass Tuberkel-Bildung von grossem Einfluss auf die Entstehung dieses Emphysems sei.

Bartold.

---

10. **F. König, Noch einmal die Frage der Empyemoperation.** (Centralblatt f. Chirurgie. 1880. Nr. 48. p. 770.)

Auf Grund zahlreicher neuer Erfahrungen wiederholt K. seine Ansichten über die Operation des Empyems. Nach ihm ist nur ausnahmsweise die Entleerung eines eitrigen pleuritischen Ergusses durch Punction mit nachfolgender antiseptischer Auswaschung, wenn es sich nicht um sehr heruntergekommene Kranke handelt, erlaubt, die Wiederholung der Punction aber jedes Mal für einen Schaden am Leben und Gesundheit des Kranken zu erklären. Ein zersetzter und unzweifelhaft eitriger Erguss soll durch Schnitt und Drainage beseitigt werden. Bei einfachem Empyem ist diese Methode mit Benutzung der Lister'schen Vorsichtsmassregeln eine absolut sicher und schnell zur Heilung führende. — „Nach 3 bis 6 Wochen, bis zu welcher die Zuheilung der Fistel dauert, ist der Kranke vollkommen erholt, seine Lunge funktionirt wieder, und eine bleibende Verunstaltung des Thorax tritt überhaupt nicht ein".

Die Auswaschungen mit Carbolsäure sind absolut unnöthig. Wird bei putridem oder verdächtigem Eiter Auswaschung nöthig, so benutzt man hierzu die unschädliche Chlorzinklösung (1 : 30—1 : 15).

K. zieht die Resection eines $1^1/_2$—2 cm grossen Rippenstückes der Intercostalraum-Eröffnung vor. Die Fistel legt er nicht mehr auf der Rückfläche, sondern auf der Seitenfläche des Thorax an, da so der dauernde Ausfluss sicherer garantirt wird. Zwei Oeffnungen sind entbehrlich für die uncomplicirten Fälle, sie sind nur für solche, bei welchen wiederholt und gründlich ausgewaschen werden muss, nothwendig.

Madelung (Bonn).

---



11. **Dr. Julius Glax,** Professor in Graz, **Ein Beitrag zur Balneotherapie der Herzfehler mit besonderer Berücksichtigung des Kurortes Rohitsch-Sauerbrunn.** (Pester medic.-chirurg. Presse 1880.)

Dr. G. geht davon aus, dass bei der Behandlung der Klappenfehler theils die Steigerung der Triebkraft des Herzens, theils die Verminderung der zu bewegenden Flüssigkeitsmenge annähernd normale Verhältnisse herzustellen im Stande sein muss. Da das erstere nicht immer ausführbar ist, so muss oft das letztere erstrebt werden. Für den Gebrauch von Trinkkuren sind bisher immer die Klappenfehler als Contraindicationen betrachtet worden. So wie aber bereits die gleiche Auffassung für den Gebrauch kohlensäurereicher Bäder durch Beneke u. A. widerlegt ist, so lassen sich auch Trinkkuren bei Herzfehlern mit grossem Vortheil anwenden. Der Maassstab für die Leistungsfähigkeit des Herzens der Blutmenge gegenüber im einzelnen Falle liegt in der täglichen Harnquantität. Dieselbe sinkt bekanntlich in dem Maasse, als die venöse Stauung zunimmt. Warme Getränke (also auch warme Mineralwässer) vermindern die Toxicität der Gefässe und steigern so das Uebel. Entziehung aller warmen Getränke, geringe Aufnahme von Flüssigkeit überhaupt und kleine Gaben kaltes, kohlensäurereiches Wasser, beseitigen aber das Missverhältniss von Blutmenge zur Triebkraft des Herzens und unter Zunahme der Harnsekretion tritt Besserung der gesammten Leistungsfähigkeit ein.

Dr. G. erläutert diesen Vorgang an einer Krankengeschichte mit beigefügter Tabelle über Zufuhr von Flüssigkeit und täglicher Harnmenge. Daraus ergiebt sich, dass Pat. zunächst viel mehr Flüssigkeit einnahm als ausgab (1260 : 430 ccm). Bei Vermeidung aller warmen Getränke und Zufuhr von täglich 315 ccm kalter Milch und 560 gr Tempelbrunnen (Temp. 8° R.) stieg die Harnquantität auf 1000 ccm und erfolgte die Besserung.

Dr. G. resumirt seine Erfahrungen, die er an 31 Fällen mit Klappenfehlern (26 Insuff. mitralis) gemacht, in folgenden Sätzen:

1) Der Gebrauch alkalisch-salinischer Mineralwässer ist bei Kranken, welche an organischen Herzfehlern leiden, indicirt, so lange die Blutgefässe nicht atheromatös sind.

2) Herzkranke, welche nur an Leberhyperämieen und Katarrhen leiden, aber nicht ödematös sind, können laue alkalisch-salinische Quellen mit Vortheil gebrauchen.

3) Herzkranke, bei welchen die Harnausscheidung sehr herabgesetzt ist, und bei welchen sich Oedem entwickelt hat, können kalte, kohlensäurereiche Quellen mit grösstem Vortheil als Diureticum gebrauchen, wenn gleichzeitig die Aufnahme anderer und namentlich warmer Flüssigkeiten auf das äusserste beschränkt und das Mineralwasser in kleinen Dosen über den ganzen Tag vertheilt gereicht wird.

R.



12. **P. Oulmont, Anévrisme de l'aorte et pneumonie chronique.** Aorten-Aneurysma und chronische Lungen-Entzündung. (Le progrès médical, 1881, S. 1.)

Anknüpfend an die Veröffentlichungen früherer Autoren über die Beziehungen der beiden genannten Krankheiten zu einander, theilt O. drei Fälle aus Lée's Klinik mit, von denen die beiden ersten nur die Häufigkeit dieser Beziehungen von Neuem erhärten sollen, während der dritte zugleich geeignet ist, Licht über die Natur und die Entstehungsweise der Lungenaffektion zu verbreiten.

Pr. Marie, 36 J. alt, Hebamme, litt seit mehreren Monaten an heftigen Schmerzen in der Gegend des 3. Brustwirbels; eine linksseitige exsudative Pleuritis wurde (im Hospital) bedeutend gebessert; in jüngster Zeit starke Dyspnoe. Aufgen. am 21. September 1880. Der stat. praes. zeigt deutliche Symptome eines Aneurysmas des Aortenbogens; die linke Lunge gibt in ihrer ganzen Ausdehnung an der hinteren Thoraxwand gedämpften Schall; die Vibrationen sind verringert, die Athmungsgeräusche abgeschwächt. Eine Hämoptoe führt am 4. November zum Tode.

Autopsie: Die rechte Lunge stark emphysematös; in der linken Pleurahöhle $^1/_2$ Liter seröser Flüssigkeit; die Pleura weiss und verdickt; die linke Lunge ist gegen die Wirbelsäule verdrängt und bildet eine kompakte, auf $^2/_3$ des normalen Volumens reducirte Masse; auf dem Durchschnitt bieten beide Lappen ein gleichmässig graues Ansehen; das Gewebe ist resistent und lässt eine ziemlich beträchtliche Menge blutig-eitriger Flüssigkeit abfliessen. Das Aneurysma komprimirt den linken Bronchus so, dass derselbe fast ganz verschlossen ist; zwischen beiden eine kleine Perforation. Die linke Pulmonalarterie ist mit der Wand des Aneurysmas fest verwachsen; der linke n. vagus ist intakt. Die mikroskopische Untersuchung der linken Lunge ergibt vor allem eine bedeutende Verdichtung des perialveolären Bindegewebes; die Alveolarräume sind überall abgeplattet und an einzelnen Stellen vollständig verwischt; dieselben enthalten Trümmer von Epithelzellen, Eiterkörperchen und einige rothe Körperchen; doch ist dieser Detritus nirgends massenhaft genug, um die Alveolen auszudehnen; keine Spur von Tuberkeln. — Es handelt sich also um eine chronische Lungen-Entzündung, um interstitielle Entzündung (diese vorherrschend) mit epithelialer.

Ueber die Pathogenie der Lungenalterationen bei Aortenaneurysma gibt es zwei Theorien: die erstere geht davon aus, dass der n. vagus der trophische Nerv der Lunge ist; seine Lähmung bez. Reizung (durch Compression) verursacht die Lungenaffektion. In O.'s Fall war aber der n. vagus vollständig intakt. Nach der zweiten Theorie sind die Lungenalterationen abhängig von der Compression der Pulmonalarterie; diese Theorie wird durch viele Beobachtungen gestützt.

E. Bardenhewer.



**13. Bostroem, Beiträge zur pathologisch-anatomischen Casuistik.** (Sitzungsbericht der physikalisch-medicinischen Societät zu Erlangen 1880.)

1. Ueber eine periodisch auftretende Abstossung der Epidermis beider Hohlhände und Finger.

Bei einer 40jährigen Frau stellte sich zur Zeit der Menstruation, aber nur 3—4 mal im Jahr, ein Häutungsprozess an den Händen ein, der in der Hohlhand beginnend auf die Finger übergriff und die Epidermis in den betreffenden Parthien in ganzer Ausdehnung loslöste, so dass ein vollständiger epidermoidaler Handschuh abgestossen wurde. Der Process dauerte jedes mal etwa 8 Tage und verlief unter leichten Fiebererscheinungen. Eine Erklärung des Phänomens fehlt. Patientin war anämisch, litt aber nicht an Hauterkrankungen, war nicht luetisch, nicht zur Schweisssecretion an den Händen geneigt. Ein direkter Zusammenhang mit der Menstruation muss abgelehnt werden, da der Process nicht bei jeder Menstruation erfolgte und sich neuerdings, obgleich letztere regelmässig fortdauert, nicht wieder eingestellt hat.

3. Ueber einen seltenen Befund als Ursache der Aortainsufficienz.

Der linke Ventrikel des Herzens einer 42jährigen Frau, die seit einem Jahre ein deutlich diastolisches Geräusch an der Aorta und allen grösseren Arterien aufwies, war erheblich dilatirt und seine Muskulatur vielfach mit myocarditischen Flecken durchsetzt. An der Aorta fiel gleich auf, dass nur 2 Klappen bogenförmig vorstanden, in der Gegend der dritten ging die Innenfläche des Ventrikels scheinbar continuirlich auf die Innenfläche der Aorta über. Es stellte sich aber heraus, dass die dritte Klappe zwar ebenfalls vorhanden, aber mit ihrem freien Rande in ganzer Ausdehnung mit der Aortenfläche verwachsen war. Im Uebrigen war die Klappe ganz frei, normal beschaffen, und bildete so mit der Aorta einen abgeschlossenen Raum, den man nach Anschneiden der letzteren von aussen mit der Sonde ganz abtasten konnte. Die beiden anderen Klappen waren bis auf geringe Verdickung und Verkürzung des freien Randes ganz unverändert.

4. Primäres Myxom des linken Vorhofs.

Eine 80jährige Frau mit Gangrän beider Unterextremitäten starb plötzlich. Es fand sich der linke Vorhof stark dilatirt, das Endocard verdickt und getrübt. Das Mitralostium war bedeutend verengt, die Klappenzipfel getrübt, verdickt und steif. Das Interessante war aber ein 6 cm langer polypöser Tumor des Vorhofs, mit der Basis an der Spitze desselben zwischen zwei Pulmonalvenenostien aufsitzend. Auf dem Durchschnitt bestand er aus zwei Substanzen, die obere Hälfte des Tumors setzte sich aus einem grauweisslichen, grauröthlichen, durchscheinenden Gewebe zusammen, die untere bestand deutlich aus geschichteten Thrombusmassen. Erstere Substanz stellte sich mikroskopisch als ein teleangiectatisches Myxoma fibrosum heraus. Offenbar also hatten auf der Oberfläche dieser Geschwulst thrombotische Abscheidungen stattgefunden und der plötzliche Tod war wahrscheinlich erfolgt durch plötzlichen Verschluss des ohnehin zu engen Ostium atrioventriculare durch Herabfallen der Geschwulst. Ob directe causale Beziehungen zwischen der Entwickelung der Geschwulst und der Verengerung des Mitralostium bestanden hatten, liess sich nicht mehr ent-



scheiden. Die Gangrän der unteren Extremitäten wurde aus localen sklerotischen Veränderungen der Femoralarterien erklärt.

Ribbert.

---

14. **Prof. Dr. Parise** (Lille), **Mecanisme de la mort subite dans la gangrène.** Entstehung des plötzlichen Todes bei dem Brande. (Archiv. générales de médecine November 1880.)

Verf. veröffentlicht 3 Fälle von acuter „foudroyanter“ septischer Gangrän (2 nach chirurgischen Eingriffen, 1 spontan entstanden), wo im Leben Gasentwickelung an der Brandstelle nachgewiesen war, und der plötzlich suffocatorisch eintretende Tod auf Lufteintritt in das rechte Herz zurückgeführt wird. Die Luft entwickelte sich in den Venen an der Brandstelle und wurde durch die Section im Herzen nachgewiesen.

Bartold.

---

15. **Dr. Alfred Fournier, Simulation d'attentats vénériens sur de jeunes enfants.** Angebliche Angriffe Syphilitischer auf Kinder. (L'Union méd. Nr. 145. 146. 1880.)

Ein Kind von 8 Jahren, angeblich das Opfer eines verbrecherischen Anfalles, wurde zu F. gebracht. Die Vulva zeigte alle Symptome einer heftigen und subacuten Entzündung. Sie ist buchstäblich in Eiter gebadet, von einem grünen, rahmigen, blennorrhagischen Charakter. Die grossen Schamlippen sind sehr stark geschwollen. Nach Waschung zeigen sie eine hochrothe Farbe, besät mit confluirenden kleinen, purpurnen, erodirten Punkten. Die Nymphen sind ebenfalls roth, voluminös und ödematös, aber in geringerem Grade. Die Schwellung und die Schmerzen verbieten im Anfange die Untersuchung des Hymens, später wird konstatirt, dass es intakt ist. In jeder Schamleiste bestehen zwei oder drei, beim Palpiren leicht schmerzhafte Drüsen, von der Grösse kleiner Nüsse. Uebrigens ist das Allgemeinbefinden intakt. Apyrexie. Diese subacute Vulvitis heilte schnell durch einfache Behandlung (Ruhe, Bäder etc.). In 12—14 Tagen ist die Kranke vollkommen hergestellt.

F. misstraute den Angaben des Kindes aus verschiedenen Gründen. Das Kind schien eine auswendig gelernte Lektion aufzusagen. Die Erzählung geschah nämlich in denselben Ausdrücken, unabänderlich, mit denselben Wendungen in den Sätzen, denselben Bewegungen der Stimme, denselben Sprachfehlern u. s. w. Dieses verstärkte den Verdacht. Durch Freundlichkeit und Geschenke brachte man das Kind zum Plaudern, woraus sich ergab, „dass es nicht von einem Herrn berührt worden war, sondern dass seine Mutter ihm dreimal die Geschlechtstheile mit einer Bürste gerieben und ihm verboten hatte, Jemand etwas davon zu sagen, mit der Drohung, sonst wieder anzufangen u. s. w“. Die Mutter zog die Klage zurück.

Das Symptom, das F. vor dem Irrthum schützte und auf die Spur der Wahrheit brachte, war die ungewöhnliche Intensität, die Uebertreibung der entzündlichen Symptome, das Missverhältniss der lokalen Veränderungen mit der angegebenen Ursache. Sonst besteht

zwischen einer Entzündung der Vulva, abstammend von einem verbrecherischen Anschlag, und einer Entzündung der Vulva, verursacht durch eine Gewalt anderer Art, kein Zeichen, welches auf solider Basis eine Differentialdiagnose zulässt.

F. räth darum niemals Zeugnisse abzugeben, sondern nur die beobachteten Läsionen zu specificiren, da die Klinik allein unvermögend ist, absolut lokale Läsionen, entspringend aus verbrecherischen Anschlägen, von solchen anderen Ursprungs zu differenziren. (Toulmouche, Des attentats à la pudeur et du viol Annales d'hygiène publique et du méd. légal. 11[e] Serie t. VI. 1856. Tardieu, Etude sur les attentats aux moeurs. p. 58. 3[me] Ed. Paris 1859.)

Aetiologisch hebt F. hervor, dass diese simulirten Anschläge auf Kinder, mit Rücksicht auf den Zweck, welchen sie haben sollen, entstanden sein können aus pecuniärer Speculation oder aus Rache. F. führt Fälle an, in welchen die genannten Motive entdeckt wurden.

Als Anhang lässt F. die Fälle folgen, wo die Läsionen nicht zum Zwecke der Simulation verursacht sind, sondern wo die Beschuldigung entweder aus dem Unbewusstsein des Kindes, welches sich keine Rechenschaft über seine Aeusserungen giebt, oder wo es auf Fragen antwortet, ohne sie zu verstehen, oder aus boshafter Verdorbenheit stammt.

Für diese Fälle citirt F. Astley Cooper: „Ich habe solche Fälle gesehen, mehr als dreissig Mal in meinem Leben . . . . Und ich kann Ihnen versichern, dass eine Anzahl Menschen gehängt sind in Folge eines solchen Irrthums (Surgical Lectures. The Lancet 1824. t. III—IV. p. 275; Capurow, La médecine légale relative à l'art des accouchements. Paris 1821. p. 41; Toulmouche, l. c. 143. u. s. w.). Auch F. kennt solche spontane Ausflüsse, welche falsch gedeutet und angeblichen Anschlägen zugeschrieben wurden, bis ein erfahrener Arzt den Irrthum entdeckte.

F. resumirt die Hauptsachen.

1. Klinisch ist ist es nicht unmöglich, dass diese künstlichen Läsionen sich nicht durch eine Besonderheit verrathen. In der Praxis kennt man kein Zeichen, mit Gewissheit solche simulirte Läsionen, von denen verbrecherischen Ursprungs zu unterscheiden.

2. In diesen Fällen wird die Simulation weniger durch klinische Symptome entdeckt, als durch anderes Verfahren.

3. Wenn der Arzt selbst, in der Ausübung seines Amtes, die List und die Wahrheit entdeckt, habe er mehr als das Recht, er habe die Pflicht eine Klage zu verhindern, und die Ehre, die Freiheit u. s. w. eines Unschuldigen zu wahren.

4. Der Arzt muss nur an Competente ein Zeugniss hierüber abgeben, und sich nicht an eine ätiologische Erklärung wagen.

5. Moralische Triebfedern verschiedener Ordnung dienen der Eingebung der Simulanten, am gewöhnlichsten Gelderwerb.

6. Verschiedene Arten von Entzündungen der Vulva, am gewöhnlichsten spontane, haben öfters zur Beschuldigung gedient.

Roux.



16. **Dr. Hector Treub, Over Carbolintoxicatie.** Ueber Carbolintoxication. (Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. No. 45. 1880.)

Aus verschiedenen Experimenten (Ummethun und Husemann, Sonnenburg, Küster und Edelberg) bei Vögeln und Säugethieren ergaben sich folgende Symptome: Im Anfange sind die Thiere unruhig, laufen wie betrunken hin und her und bekommen Zittern am ganzen Körper. Von Zeit zu Zeit treten heftige Zuckungen auf, welche bald in allgemeine klonische Krämpfe übergehen, wodurch der ganze Körper heftig geschüttelt wird. Sensibilität und Bewusstsein verschwinden allmählich, nachdem die Reflexerregbarkeit erst sehr erhöht gewesen ist. Die Respiration ist unregelmässig, rasselnd und sehr erschwert. Puls sehr frequent, klein, unregelmässig, Pupillen dilatirt, reagiren nicht auf Licht. Meistens tritt Erbrechen auf, beinahe regelmässig auch Salivation. Wird die Intoxication weiter fortgesetzt, so hören die Krämpfe allmählich auf, es bildet sich Collaps aus, unter Erscheinungen von Respirationsparalyse sterben die Thiere. Bei Nachlass der Vergiftung gehen alle Symptome allmählich zurück, und sind die Thiere bald wieder vollkommen normal. Ob Temperaturerhöhung oder Verminderung entsteht, darüber sind die Meinungen getheilt, doch scheint es T. (nach den letzten Untersuchungen von Edelberg), dass Carbolsäure einen temperaturerniedrigenden Einfluss besitzt. Aus den verschiedenen Experimenten ergiebt sich, dass Carbolsäure durch die unversehrte Haut, Wunden, subcutanes Gewebe und die Schleimhaut des Respirations- und Darmtractus aufgenommen werden kann. Die Meinung, dass Carbolsäure auch durch die Respirationswege entfernt werden kann, scheint unrichtig, wahrscheinlich wird die Carbolsäure nur durch die Niere entfernt. Im Harne kommt es vor als Phenylschwefelsäure und eine noch unbekannte Phenylverbindung. Obendrein erscheint oft in solchem Harn ein noch nicht näher bekannter Farbstoff von grünlich brauner bis schwarzer Farbe, welche Färbung unter Einfluss des Lichtes zunimmt. Nie steht die Färbung in bestimmtem Verhältniss zu der Quantität der im Körper aufgenommenen Carbolsäure. Die Farbereaction scheint von ganz individuellen Momenten abzuhängen. Die Symptome der Vergiftung in sehr leichtem Grade bei Menschen sind allein Amnesie und Uebelkeit. In ernsteren Fällen wird das Erbrechen heftiger und besteht absolute Abneigung gegen Essen und oft werden grosse Quantitäten Speichel entleert. Der Harn wird in kleinen Quantitäten gelassen, Pupille weit und unbeweglich, Patient hat ein Gefühl von Angst und Aufregung. Im höchsten Grade der Intoxication wird immer der meist vollkommene Collaps beobachtet, anfangend mit oberflächlicher Respiration, wonach kleiner Puls, grosse Blässe; bald folgt der Tod durch Stillstehen der Respiration. Der sparsame Harn ist in vielen Fällen dunkel gefärbt, in anderen Fällen nicht, und zu bemerken ist, dass beinahe immer da, wo der Harn am dunkelsten ist, die eigentlichen Intoxicationserscheinungen gering sind. Unabhängig von der individuellen Disposition für Carbolharn und durchaus nicht parallel damit, scheint die Empfindlichkeit für die übrigen Wirkungen der Carbolsäure ebenfalls stark zu wechseln, und meistens sind besonders Kinder sehr empfindlich dafür. Die von Billroth aufgestellte Hypothese einer verschiedenen Reaction auf Carbol nach den verschiedenen Nationali-



täten lässt T. unentschieden. — Aus dieser Darstellung ergiebt sich das Fehlen von Convulsionen beim Menschen, welche bei Thieren in den Vordergrund treten. T. lässt einige Fälle folgen, wo sie beobachtet sind und theilt selbst einen Fall von einem Epipleural-Abscess mit, wo die Operation unter Spray (2, 5%) gemacht wurde. Zwei Tage nachher Verbandwechsel unter $2^1/_2$% Carbolspray. Drei Tage danach war die Kranke Morgens ängstlich, Mittags leichte Zuckungen über den ganzen Körper, welche allmählich zunehmen und wobei sie bewusstlos wird. Nach zehn Minuten war der Anfall vorbei und ass das Kind wieder. Gegen $5^1/_2$ Uhr Abends wieder ein Anfall von Convulsionen mit Bewusstlosigkeit. Bei dem Abendbesuch (6 Uhr) Bewusstlosigkeit, Anfall von klonischen Krämpfen des Gesichtes sowohl als der Extremitäten. Respiration normal, Puls nicht accelerirt, Pupillen dilatirt, reagiren auf Licht. Verbandwechsel unter Carbolspray, Senfcataplasma auf den Beinen, Eisbeutel auf den Kopf, Clysma. (Der Harn vom Morgen enthält kein Eiweiss, wird roth durch Kochen mit Salpetersäure.) Abends 11 Uhr immer Bewusstlosigkeit, Krämpfe fortwährend stärker, folgen kürzer auf einander, wobei der ganze Körper erschüttert wird, Pupillen ad maximum dilatirt, ohne jede Reaction. Respiration oberflächlich, dann und wann aufhörend; während des Krampfanfalles wird immer zunehmendes Trachealrasseln gehört, welches in den freien Intervallen etwas geringer wird. Puls unregelmässig, weich, klein, 160—170. Mit dem Catheder werden ungefähr 50 grm tief grünen Harns entfernt, welcher mit Salpetersäure gekocht, roth wird, mit Chlorbarium beinahe kein Präcipitat liefert. Nachdem der Verband abgenommen u. s. w., wird die Kranke in ein warmes Vollbad gebracht und eine kalte Strahldouche von ansehnlicher Kraft auf den Kopf applicirt, was drei Viertelstunden angehalten wird. Danach in wollene Decken gelegt, abwechselnd an beiden Beinen und am Rücken Senfcataplasma, Eisbeutel auf den Kopf, warme Krüge im Bette, Injection von 2,0 Aether subcutan. Nach drei Stunden sind keine Convulsionen mehr aufgetreten, welche sich auch nicht wiederholen. Delirien bis Morgens 6 Uhr, danach folgt Besserung. Bei einem andern Kinde von 8 Jahren auf dieselbe Weise gegen ein analoges Leiden operirt, folgte bis jetzt keine Störung. — Vergleicht man den Fall mit der obigen kurzen Beschreibung der Carbolintoxication, so zeigen sich in den ersten Tagen nur die gewöhnlichen Symptome eines leichten Grades von Carbolismus. Ob die plötzlich auftretenden klonischen Krämpfe auch als Folgen der Carbolintoxication angesehen werden müssen, glaubt T. bestimmt annehmen zu können. Roux.

---

17. **Dr. S. Schaefer,** Sanitätsrath in Bonn, **Extractum fabae Calabaricae bei Atonie des Darms.** (Berliner klin. Wochenschrift. 1880. Nr. 51.)

Dr. S. missbilligt die Streichung des Calabarextractes in den Vorschlägen zur neuen Pharmacopoe, und theilt kurz 6 Fälle mit, in denen dasselbe auffallend günstige Wirkungen bei Flatulenz und Verstopfung aus Darmatonie gehabt hat. Gleiche Wirkungen haben auch Andere an Menschen und bei Thierexperimenten berichtet. (Subbotin,



Bauer, v. Bezold, Götz.) Gebraucht wurde eine Lösung von 0,05 auf 10,0 Glycerin 3—6 Tropfen 3 bis mehrmals täglich.

R.

---

18. **Dr. Kahler, Docent, Ueber die Wirkung des Resorcin bei Wechselfieber.** (Prager med. Wochenschr. 1880, Nr. 47.)

Verf. hat bei 3 Fällen von bereits einige Zeit bestehenden Wechselfieber-Erkrankungen mit eintägigem Typus Resorcin angewandt. Das Präparat war von Merck in Darmstadt, stellt ein crystallinisches Pulver dar von schwach röthlicher oder nahezu weisser Farbe, nicht immer schwach nach Phenol riechend und von nicht unangenehmem in grösserer Menge etwas brennendem Geschmacke. Es ist in Wasser leicht löslich und wird ohne Widerwillen genommen.

Verabreicht wurden 3—4 gr. Resorcin in Lösung per os oder wenn Erbrechen danach eintrat, per clysma. Während es nun nicht gelang durch diese Dosis, wenn sie mehrere Stunden vor dem Anfall gegeben wurde, den letzteren zu verhindern, trat doch bei Verabfolgung des Resorcin unmittelbar nach Eintritt des Fieberfrostes eine sehr rasche (wenige Minuten in einem Falle) Abnahme der Erscheinungen ein, so dass die Erhöhung der Körperwärme nur niedrige Grade erreichte und alle für den Kranken so peinliche subjective Anfalls-Symptome fast ganz wegblieben. Das Frostgefühl verschwindet rasch, die Temperatur bleibt zumeist zwischen 38° und 39°, das folgende Schweissstadium ist nur mässig ausgesprochen, die Dauer des ganzen Anfalls nach der Fiebercurve berechnet, wird jedoch nicht verkürzt. Sobald der Fieberanfall ausblieb, was nach 3—4tägigem Gebrauch einer je einmaligen Dosis von 3,0 der Fall war, wurde noch einige Tage Resorcin in Lösung (4,0 : 150,0 pro die) genommen und so definitive Heilung erzielt.

Verf. will das Resorcin nicht über das Chinin stellen, spricht ihm jedoch eine Bedeutung und eine Zukunft in so fern zu, als es noch im Beginn des Anfalls gegeben eine fast sichere Wirkung entfaltet, wie dies bei Chinin nicht der Fall ist. Die rasche Wirkung wird durch die leichte Löslichkeit des Präparates erklärt.

Verf. verspricht sich wesentliche Vortheile vom Resorcin, vielleicht bei schweren und schwersten Malariaerkrankungen, deren einzelne Paroxysmen lebensgefährliche Zufälle bedingen, sowie für Truppenkörper und Arbeiter-Colonien, die in Malaria-Gegend operiren.

**Bartold.**



Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.





Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen nebst Titel und Register.

# Centralblatt
für
# KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M. zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigirt von

**Dr. H. Rühle,** Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.
und
**Dr. D. Finkler,** Privatdocent und Assistent an der medicin. Klinik in Bonn.

**1881.** **22. Januar.** **Nro. 42.**

**Inhalt.** Referate: 1. **Buchner,** Ueber die Bedingungen des Uebergangs von Pilzen in die Luft und über die Einathmung derselben. — 2. **Mosler,** Flecktyphus. — 3. **Talma,** Ueber Virus tuberculosum. — 4. **Rupert,** Ueber Beri-Beri. — 5. **Debowe,** De l'élongation des nerfs dans l'ataxie locomotrice. — 6. **Riegel** und **Lachmann,** Beitrag zur Lehre von der Herzthätigkeit. — 7. **Maschka,** Verdacht einer Vergiftung. Natürlicher Tod. Echinococcus des Herzens. — 8. **Eberth,** Tödtliche Blutung aus Varicen des Oesophagus. — 9. **Andeer,** Die Anwendung des Resorcins bei Magenleiden. — 10. **Wagner,** Die constitutionelle Syphilis und die davon abhängigen Nierenkrankheiten. — 11. **Fleischer** und **Brinkmann,** Ueber das Resorptionsvermögen der normalen menschlichen Blasenschleimhaut. — 12. **Petri,** Beitrag zur Lehre von den Hemmungsapparaten des Herzens.

1. **H. Buchner, Ueber die Bedingungen des Uebergangs von Pilzen in die Luft und über die Einathmung derselben.** (Aerztliches Intelligenzblatt. 1880. Nr. 50. 51. 52.)

Für eine Reihe von Infektionskrankheiten muss angenommen werden, dass zu ihrer Verbreitung die Mitwirkung eines örtlichen Einflusses erforderlich ist. Während nach Nägeli dieser letztere darin besteht, dass aus dem Boden Pilze aufsteigen und zur Aufnahme in den menschlichen Körper gelangen, glaubt Wernich, dass auch Fäulnissgase die Vermehrung der specifischen Krankheitspilze im Körper erleichtern können. In Wernich's Versuchen war in Pasteur'scher Nährflüssigkeit die Disposition zur Entwickelung von Pilzen deutlich gesteigert, wenn in der Nähe faulende Massen sich befanden. Buchner führt aus, dass diese Versuche für W.'s Hypothese nicht beweisend sind, da ebenso wie Fäulnissherde die blosse Nähe von Ammoniak die Pilzvermehrung begünstigt — lediglich dadurch, dass die Nährlösung durch Absorption von $NH_3$ alkalische Reaction erhält.

Gegen die Pilznatur der Infektionsstoffe hat man den Zweifel erhoben, ob Stäubchen durch die Athemwege bis in die Alveolen vordringen, ohne an den feuchten Schleimhäuten kleben zu bleiben, und ob sie von den Alveolen ins Blut gelangen können. Verf. hat diese Frage experimentell geprüft. Sporen des Milzbrandpilzes wurden an verschiedenen fein stäubenden Pulversorten (Kohle, Talk u. a.) angetrocknet, die getrockneten Pulver zu einem feinen Staube zerrieben. Durch einen continuirlichen Luftstrom wurde in einem geschlossenen Raume, in dem sich weisse Mäuse befanden, der inficirte Staub bestän-



dig aufgewirbelt. In zahlreichen Fällen erkrankten die Versuchsthiere und starben in 18 bis 36 Stunden am Milzbrand. Dass die Aufnahme des Staubes durch die Athmung geschah, wird durch die Ergebnisslosigkeit solcher Experimente bewiesen, in welchen die inficirten Pulver schlecht stäubten und zu grosse Partikel erzeugt worden waren, welche zwar auf die Oberfläche der Thiere niederfielen, auch verschluckt, nicht aber bis zu den Alveolen eingeathmet werden konnten. Versuche, welche die Infektiosität verschluckter Milzbrandpilze prüfen sollten, ergaben, dass die Bakterien, die vegetative Form des Pilzes, stets unwirksam bleiben, dagegen die Sporen, wenn in sehr grossen Mengen verfüttert, Milzbrand erzeugen. Verf. rechnet, dass zur Infektion vom Darmtractus aus, etwa 3 Millionen mal mehr Pilze erforderlich sind, als von den Alveolen aus wirksam werden. Die verfütterten Sporen gehen grösstentheils unverändert in den Koth über, so dass dieser, anderen Mäusen eingeimpft, Milzbrand hervorruft.

Verf. hat ferner die Luftgeschwindigkeit untersucht, welche erforderlich ist, um Pilze schwebend zu erhalten und fortzubewegen, und findet dieselbe in Minimo gleich 1—3 mm pro Sekunde. Man hatte aber vielfach angenommen, dass die Pilzstäubchen in den engen Canälen des Bodens, des Mauerwerks zurückgehalten werden müssten. Dies ist indessen nach Nägeli's und des Verf.'s Versuchen nur bei relativ geringen Luftgeschwindigkeiten der Fall; so wurde für einen Baumwollenpfropfen von 2 cm Länge die Gränze der Pilzdichtigkeit schon bei der immerhin geringen Geschwindigkeit von 120 mm (auf den Querschnitt des Glasrohres, worin der Pfropfen steckte, berechnet) gefunden, so dass bei rascherer Luftbewegung Pilze hindurch befördert wurden.

Weitere Versuche sollten über die Menge der Pilze in verschiedenen Luftarten Auskunft geben. Eine bestimmte kleine Quantität der Luft wurde durch Baumwolle filtrirt und letztere in eine geeignete Nährlösung fallen lassen; die kleinste hierbei wirksam werdende Luftmenge enthält nach dem Verf. nur einen einzigen Pilz. Der stärkste Pilzgehalt der Luft, den Verf. auf diese Weise ermittelte, betrug 10 Pilze im Liter. Im Freien kam es vor, dass selbst in 2 Liter Luft keine Pilze enthalten waren.

Ablösung der Pilze von ihren Bildungsstätten kann nach Nägeli so lange nicht erfolgen, als die letzteren eine nasse Oberfläche besitzen. Die Versuche von Soyka, welcher bewiesen zu haben glaubt, dass bewegte Luft (schon bei einer Geschwindigkeit von 3 cm) auch von pilzführenden Flüssigkeiten Keime hinwegführen könne, sind nach dem Verf. nicht einwandfrei. Vielmehr liess sich der Nägeli'sche Satz auch experimentell bestätigen. Aber auch wenn die pilzführende Masse eingetrocknet ist, erfolgt die Ablösung der Pilze selbst bei sehr bedeutender Luftgeschwindigkeit durchaus nicht leicht. Hieraus ist zu schliesen, dass, damit vom Boden Pilze sich lösen und in die Luft gelangen, besondere bisher noch nicht genauer zu definirende Vorgänge stattfinden müssen, durch welche die eingetrockneten Pilzüberzüge zerrieben und zersplittert werden. Möglich, dass in Folge von Wärme- und Feuchtigkeitsschwankungen innerhalb des Bodens Bewegungen statthaben, die in dem angedeuteten Sinne wirksam werden. Verf. meint

mit Nägeli, dass das sicherste Mittel gegen Ablösung von Pilzstäubchen aus dem Boden oder von Oberflächen in häufiger und ausreichender Benetzung derselben bestehe; dieses einfache Mittel werde für die Hygiene der Zukunft grösste Bedeutung gewinnen.

Wolffberg.

---

2. **Prof. Dr. Mosler, Flecktyphus.** (Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde. Eulenburg.)

Nach einer historischen Einleitung wird die geographische Verbreitung des Flecktyphus dem Studium seiner Aetiologie zu Grunde gelegt. Daraus geht hervor, dass die Epidemieen stets an gewisse sociale Missstände gebunden waren. Schlechte Ernährung, Anstrengungen, welche die Leistungsfähigkeit übersteigen, Zusammenwohnen vieler Menschen, Elend und Schmutz bilden den günstigsten Boden zur Weiterentwickelung des Keimes. Als solcher wird von Hallier ein specifischer Micrococcus angenommen, von Klebs geleugnet. Uebertragung durch die Luft erklärt die leichte Ansteckung der Personen aus der Umgebung der Kranken. So findet die Uebertragung des Giftes an ganz gesunde Orte statt, ganz wie die Pest durch das den Effecten anhaftende Contagium verschleppt wird. Da die Wege der Verschleppung so mannichfaltig sind, und das Gift durch lange Zeit latent bleiben kann, muss man den Gedanken an spontane Entstehung aufgeben. M's. Erfahrungen sprechen gegen die Annahme, dass durch Menschenüberfüllung verdorbene Luft die alleinige Krankheitsursache sein könne. Die Erkrankung kommt im Frühling häufiger vor, wohl in Folge der ungünstigen Lebensbedingungen in den letzten Wintermonaten. Für Aufnahme und Verweilen des Contagiums im Körper sind besondere Vorbedingungen nothwendig. Wiederholtes Befallenwerden ist beobachtet. Der Leichenbefund ergiebt keine constante Localerkrankung, keine specifischen Producte. In seinem Verlaufe hat der Flecktyphus gewisse Aehnlichkeit mit den acuten Exanthemen. Das Exanthem erscheint um den 3. bis 6. Tag am Truncus und den Extremitäten, selten im Gesicht. Mit seiner Entwicklung wird die Höhe des Prozesses erreicht. Nicht selten kommt petechiale Umwandlung des Exanthems vor. Am 8. bis 10. öfters erst am 13., 14. bis 17. Tage erfolgt ein Nachlass des Fiebers mitunter sehr rasch, innerhalb 12—36 Stunden vollständig, in anderen Fällen im Laufe von 4 bis 6 Tagen. Im Ganzen hat der Wärmegang beim Flecktyphus mehr Aehnlichkeit mit dem des Recurrens als dem des Ileotyphus (Lebert).

Während bei Masern, Scharlach, Pocken das Erscheinen des Exanthems auf das Fieber influirt, und Fälle ohne Exanthem meist abortiv verlaufen, hat M. Flecktyphus ohne Exanthem sehr schwer, selbst letal verlaufen sehen. „Durchschnittlich ist die Dauer selbst in den leichteren Fällen von $1^1/_2$—2, am häufigsten 2—3 Wochen, kann aber 4—5 auch 6 Wochen durch Complicationen erreichen." Die Mortalität ist wesentlich verringert worden durch Chiningebrauch etc. (von 55 % auf 9 %).

Was die Differentialdiagnose angeht, so ist für den Unterschied von Masern zu merken, dass bei diesen das Exanthem vom Gesicht



ausgeht, welches beim Flecktyphus gewöhnlich frei bleibt, zu achten auf Temperaturverlauf, Milz und Farbe der Flecken, die beim Typhus blasser sind und ins Bläuliche spielen. Der Unterschied zwischen Flecktyphus und variola haemorrhagica ist klinisch und path. anatomisch oft schwierig und unsicher. Für Recurrens entscheidet der Befund der Spirillen im Blute zur Zeit des Anfalls (Kühn). Die schwierigste ist die Unterscheidung von Typhus abdominalis, weil es kein Symptom gibt, welches einer oder der andern der beiden Krankheiten ausschliesslich zukommt. „Meist repräsentirt sich das Exanthem beim Flecktyphus in der maculösen Form, beim Unterleibstyphus in der papulösen."

Therapeutisch ist in erster Linie die Prophylaxe wichtig. Ernährung und zweckmässige Ventilation, Wohnung besonders zu beachten. Jeder sporadische Fall muss nach preussischem Gesetz sofort der Sanitätsbehörde angezeigt werden. Als vorzüglichste Massregel ist Errichtung von Evacuationslocalen zu betrachten. Strohhütten und Bretterbuden sind für unser Klima mehr zu empfehlen als Zelte. „Von den von Murchison zur Behandlung des Flecktyphus erwähnten Mitteln habe ich bisher erprobt: die Wasserbehandlung, die Anwendung grosser Dosen von Chinin, alkoholische Excitantien und kräftige Kost."

„Zweckmässige Combination derselben darf von mir als beste Behandlung des Typhus exanthematicus empfohlen werden und habe ich dadurch die bereits oben erwähnten glänzenden Resultate erlangt." Mit den Angaben Hampelns, wonach die verschiedenen Behandlungsmethoden, die er angewandt, einen entschiedenen Einfluss auf die Mortalität nicht ausgeübt haben, stimmt Mosler nicht überein.

Finkler.

---

3. **Prof. S. Talma,** Utrecht, **Ueber Virus tuberculosum.** (Zeitschr. für klin. Medicin. II. Bd. 2. Heft. Berlin 1880.)

Verf. führt in seiner Abhandlung des Näheren aus, dass man nicht berechtigt sei von einem tuberkulösen Virus zu sprechen. Da es kein bestimmtes anatomisches Merkmal für den specifischen Charakter eines Tuberkels giebt und andererseits Tuberkel in Folge der verschiedensten Reize entstehen können, ohne dass sie irgendwie bösartig sind, so ist man also nicht berechtigt von „nicht charakteristischen Formen einen charakteristischen Namen entlehnen zu wollen und von Tuberkulose zu reden und beim Gebrauch des Wortes Virus tuberculosum persistiren zu wollen: die mit diesem Worte verbundene Idee ist irrig". „Die Processe, welche man zur Tuberkulose gebracht hat, sind anatomisch nur progressive Entzündungen zu nennen, welche den Wegen und der Schnelligkeit ihrer Ausbreitung nach näher definirt werden können."

Bartold.

---





4. **Dr. J. Rupert, Ueber Beri-Beri.** (Deutsches Arch. f. klin. Med. Bd. XXVII. Heft 1, 2 u. 5, 6.)

Um bei der unter den Aerzten herrschenden Meinungsverschiedenheit, welche sich nicht nur auf die Natur sondern auch auf die Symptomatologie der Beri-Beri erstreckt, zu möglichst sicheren Resultaten zu gelangen, sammelte R. eine grössere Anzahl von Krankengeschichten, um die Fälle mit einander zu vergleichen, und die einzelnen Symptome in ihrem Entstehen und in ihrer Aufeinanderfolge zu beobachten. Diese seine Beobachtungen machte er zu Sampit, einem mit hygienisch sehr ungünstigen Verhältnissen ausgestatteten kleinen Garnisonsorte Borneos während der Jahre 1872—1876. Dieselben umfassen ein Material von 54 Fällen; Sektionen konnten nicht gemacht werden.

In allen Fällen war die Hautperspiration sehr beeinträchtigt und es stellte sich bald ein gewisser Grad von Parese mit oder ohne Anästhesie und ein mit der Lähmung in Zusammenhang stehendes Oedem der untern Extremitäten ein. Zuweilen traten auch Störungen der Sensibilität und Motilität an den obern Extremitäten mit Oedem des Handrückens auf. Dies waren die Anfangs- und oft die einzigen Erscheinungen der Erkrankung. In schwereren Fällen gesellten sich dazu Herzklopfen und Anfälle von Dyspnoe; wiederholtes Erbrechen und lebhafter Schmerz in der Bauchgegend kündigten das lethale Ende an. Zuweilen ging Intermittens der Beri-Beri voran oder complicirte den Fall, manche Kranke wurden mehr weniger anämisch oder hydropisch. Auf Grund seiner Beobachtungen, besonders jener Fälle, in denen die Initialsymptome mit Sicherheit festgestellt werden konnten, glaubt R. den Sitz der Krankheit ins Rückenmark verlegen zu müssen.

Zu Gunsten dieser Ansicht spricht der Umstand, dass in der grössten Anzahl der Sektionsfälle (der grössern Militärhospitäler Javas) Veränderungen an den Rückenmarksorganen, theils an den Häuten, theils am Mark gefunden worden sind (Wasseransammlung und Erweichungsherde). Hieraus lässt sich auch der merkwürdige Wechsel der Symptome am besten erklären. Der pathol. Befund am Herzen ist ein ziemlich constanter, Dilatation des r. Ventr., Verfettung der Muskulatur und bisweilen Hydropericardium. Die Untersuchung der übrigen Organe gab nur negative Resultate.

Die Ursachen der Beri-Beri sucht R. in dem direkten Einfluss der Bodenemanationen. Erst am Orte selbst acquirirten die vorher gesunden, jungen und kräftigen Mannschaften die Krankheit, meist nach einem Aufenthalt von 6—12 Monaten. Kein Einheimischer von Sampit und Umgebung erkrankte, obwohl die Ernährungsverhältnisse der Mannschaften viel besser waren, als die der Eingebornen, dagegen wohnten die letztern in Häusern auf 2—6′ hohen Pfählen, während die Truppen ihre gedielten Schlafräume zu ebener Erde hatten. Der nächtliche Wachtdienst schien die Erkrankung zu begünstigen. Die Immunität gegen Beri-Beri, deren sich die Eingeborenen erfreuten, konnte auch von Fremden mit der Zeit erworben werden. Malariainfection und andere allgemein verbreitete, oder auch für den Platz eigenthümliche Krankheiten, liessen sich für die Aetiologie von Beri-



Beri nicht verwenden. Nasskaltes Wetter konnte höchstens als begünstigendes Moment für die Erkrankung, nie als eigentliche Krankheitsursache angesehen werden. Die letztere ist jedenfalls von sehr unregelmässigem und meist plötzlich zur Wirkung kommendem Einfluss, weil innerhalb weniger Tage, oder an einem Tage mehrere Patienten gleichzeitig zur Behandlung kamen und dann wieder freie Intervalle von 3—5 Monaten folgten. Die Infection erfolgt wahrscheinlich durch Einathmung. Aus dem Gesagten ergeben sich leicht die prophylactischen Massregeln: Anlage der Wohnungen auf trockenem, hochgelegenem Boden oder auf Pfählen, Vermeidung der Nachtluft und abgekürzter Wachtdienst; ferner kräftige abwechselnde Kost und zweckmässige Kleidung.

Die eigentliche Behandlung der Kranken kann nur eine symptomatische sein. Das beste Heilverfahren aber ist sicher die möglichst frühzeitige Evacuation nach Orten, wo weder Beri-Beri noch Malaria getroffen wird. In der Reconvalescenz wird es neben guter hygienischer Pflege besonders darauf ankommen, durch Electricität und Gymnastik die zurückgebliebene Parese zu heben und der fortschreitenden Muskelatrophie Einhalt zu thun.

Kopp (München).

---

5. **Dr. M. Debove, De l'élongation des nerfs dans l'ataxie locomotrice.** Ueber Nervendehnung bei Tabes dorsalis. (L'Union méd. Nr. 165. 166. 1880.)

Nachdem die Fälle von Lanzenbuch (Berl. klin. Wochenschr. 1879. Nr. 48), von Esmarch (Deutsche med. Wochenschr. 1880. Nr. 19 und Centralbl. für Nervenheilk. 1880. Nr. 10) und von Erlenmeyer (Centralbl. für Nervenheilk. 1880. Nr. 21) kurz mitgetheilt werden, beschreibt Verf. einen Fall von Tabes dorsalis, wo im paralytischen Stadium die Nervendehnung geschah. Die Indicationen für diese Operation waren: 1) Die Tabes zeigte sich unter solchen deutlichen Symptomen, dass ein diagnostischer Irrthum nicht anzunehmen war: 2) waren die Schmerzen so heftig, dass jeder therapeutische Eingriff erlaubt war und der Kranke um jeden Preis auf Erleichterung seines Leidens drang. Zum Versuch einer noch wenig gebräuchlichen Operation, deren Resultat nicht mit Gewissheit vorausgesehen werden konnte, wurde ein Patient genommen, der für immer an sein Bett gefesselt schien. Der linke N. Ischiadicus wurde blossgelegt und zu zwei Malen heftig und plötzlich gedehnt. Keine nachfolgende Paralyse der Motilität oder Sensibilität. Die Operation wurde ohne Chloroform gemacht, aus Furcht vor der durch die Dehnung verursachten Stockung der Respiration und Circulation. Die Dehnung war nicht sehr schmerzhaft. Das erreichte Resultat war: Vollkommenes Verschwinden der blitzähnlichen Schmerzen, nicht allein in der operirten Extremität, sondern auch in der gegenüberstehenden und in den oberen Extremitäten. Die Hautsensibilität ist wieder hergestellt und scheint jetzt vollkommen normal. Was die muskuläre oder artikuläre Sensibilität betrifft, fühlt der Patient seine Glieder und scheint genauere Begriffe über deren Lage zu haben (genauere, weil der Patient bei Kreuzung der Glieder sich noch



zuweilen irrt). Die Incoordination ist so verringert, dass Patient mit Unterstützung stehen und einige Schritte machen kann, wobei er nur durch die Atrophie der Muskeln sehr genirt ist. Die Sehnenreflexe sind abwesend, die Myosis hat sich nicht geändert.

Roux.

---

6. **Franz Riegel** und **Dr. B. Lachmann, Beitrag zur Lehre von der Herzthätigkeit.** Aus der med. Klinik in Giessen. (Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. XXVII. H. 5 u. 6 p. 393.)

Die Einleitung enthält eine ausführliche Uebersicht der bisherigen auf klinischem und experimentellem Gebiete gelieferten Arbeiten über Hemisystolie (halbseitige Herzcontractionen). Auf Grund klinischer Beobachtungen, welche in einer doppelten gleich grossen systolischen Erhebung der Herzspitzen und Fehlen des zweiten Pulses im Arterienrohr bestanden, nehmen die einen Autoren nach Leyden's Vorgang das Vorkommen der Hemisystolie in der Weise an, dass von je zwei Herzschlägen sich an dem ersten beide Ventrikel betheiligen, an dem zweiten aber nur das rechte Herz. Beweis dafür sei das Fehlen einer dem 2. Herzschlage entsprechenden Pulswelle im Arteriensystem, während beiden Herzchocs ein Venenpuls entspreche. Malbranc stützte diese Annahme auch durch eine Herzstosscurve, in welcher der erste Spitzenstoss in seinem diastolischen Schenkel, entsprechend dem Pulmonal- und Aortenklappenschluss, zwei Zacken, der zweite Spitzenstoss aber nur eine solche zeigte. Andere Autoren bestreiten für die mitgetheilten Fälle die Hemisystolie und nehmen „unregelmässige, theilweise unvollständige Contractionen in Form des Bigeminus oder Alternans bei gleicher Betheiligung beider Herzhälften" an. Sie betonen, dass der anatomische Bau des Herzmuskels, die gemeinsame Anordnung der Muskulatur an beiden Ventrikeln und der gemeinsame nervöse Centralapparat die halbseitige Herzaction nicht zulasse, und dass bei genauer Aufnahme der Arterienpulscurven noch eine — allerdings nicht palpable — zweite kleine Welle nachgewiesen werden könne. Auf experimentellem Wege glaubt Hofmokl bei Durchschneidung der Vagosympathici und Unterbrechung der Athmung doppelte Contraction des rechten bei einfacher des linken Ventrikels beobachtet zu haben; Schreiber konnte dagegen unter gleichen Bedingungen nie Hemisystolie erzeugen und deutet des ersteren Bilder als Bigemini. Bei diesen Erklärungen und Experimenten der Autoren blieb jedoch die Frage unbeantwortet, warum von 2 oft abnorm kräftigen Spitzenstössen nur der eine einen deutlichen Arterienpuls, beide aber einen gleich grossen Venenpuls bewirkten, oder warum trotz der fast gleichen Stärke der beiden Spitzenstösse doch die zweite Herzwelle zu schwach sei, um eine kleine Welle im Arteriensystem zu erzeugen.

R. und L. stellten sich zunächst die Aufgabe, experimentell zu entscheiden, „ob jenes klinische Bild als Hemisystolie oder als Bigeminus oder Alternans zu deuten sei". Mit dem Nachweise, dass unter gewissen Bedingungen Hemisystolie beim Thiere zu erzeugen sei, war die Deutung jener Fälle als Hemisystolie noch nicht als richtig erwiesen; der Schluss aber, dass, wo nur ein Venenpuls und kein Ar-



terienpuls vorhanden sei, nur eine Contraction des rechten, nicht aber des linken Ventrikels statt habe, war anfechtbar, da oft eine dem palpirenden Finger unerkennbare zweite Welle, ein Pulsus bigeminus, doch noch graphisch nachzuweisen ist. In der Erwägung, dass die Fortpflanzung einer Herzwelle im Venensystem eine ganz andere sein müsse als im Arteriensystem, suchten Vff. festzustellen, wie sich ein Bigeminus vom rechten Herzen bei Wegfall des Klappenhindernisses in die Jugularis, wie andrerseits vom linken Herzen in die Carotis fortpflanzt. Als wichtig für die vorliegenden Fragen wird der Pulsus bigeminus dahin definirt, dass bei ihm die Arteriensystole (Herzdiastole), ehe sie noch die Basis der Curve erreicht, von einer verfrühten Arteriendiastole (Herzsystole) unterbrochen wird, worauf erst wieder eine der ersten Ascensionswelle entsprechende Arteriensystole erfolgt. Beim Pulsus alternans dagegen folgen sich der Form nach normale, aber an Grösse verschiedene Pulse. Bigeminie erzeugten die Vff. durch die von Traube zuerst angegebenen Bedingungen: An zum Zweck der künstlichen Athmung curarisirten und tracheotomirten Thieren wurde die Athmung unterbrochen und event. die Vagosympathici durchschnitten. Von einem durch die rechte Vena jugularis ext. in den rechten Ventrikel eingeführten Katheter aus, welcher künstlich Insufficienz der Tricuspidal- und der Venenklappen erzeugte, wurde die Thätigkeit des rechten Herzens, von einer in die linke Carotis eingebundenen Canüle aus die arterielle Thätigkeit in geringer Entfernung vom linken Herzen durch zwei gleiche Federmanometer auf eine rotirende Trommel aufgezeichnet, und durch Vergleich der Herzbigemini mit den Bigemini der Carotis die Formveränderung festgestellt, welche die Bigemini des Herzens durch Fortpflanzung auf dieser kurzen Strecke erfahren. In der Carotiscurve unterbricht eine zweite Welle in Form einer sehr kleinen Zacke den absteigenden Schenkel der ersten Welle. In der Curve des rechten Herzens dagegen steht die zweite Welle der ersten nur wenig an Höhe nach und ist, da sie den Anfangstheil der eigentlichen ersten Diastole ausfüllt, der ersten Welle beträchtlich näher gerückt; nun folgt eine längere Pause, der nicht mehr unterbrochenen Diastole entsprechend (s. im Orig. die Curven). Also ist hier, übereinstimmend mit den klinischen Befunden an den Venen, die zweite systolische Erhebung fast gleich hoch wie die erste. Ihr Gipfel kann aber noch höher ausfallen, selbst wenn die zweite Contraction schwächer ist wie die erste, dann nämlich wenn die Unterbrechung der Diastole noch früher, vor vollendeter Descension der ersten Welle erfolgt. Das gleiche Verhalten muss der Bigeminus am Cardiogramm zeigen. Wegen der Abkürzung der Diastole kann bei Eintritt der zweiten systolischen Welle die erste noch nicht ihren Ausgangspunkt wieder erreicht haben, und die zweite wird trotz ihrer viel geringeren Grösse die Höhe der ersten um so besser erreichen, je früher sie eintritt. Die Gipfelhöhe der zweiten Welle gibt daher keinen Massstab für die Stärke der zweiten Herzcontraction, vielmehr ist „der Massstab, um wie viel die zweite Herzwelle hinter der primären zurückbleibt, in der Verkürzung der diastolischen Zeit gegeben“. Wenn nun auch bei Verkürzung der Diastole der zweite Spitzenstoss gleich gross dem ersten erscheint, weil er, wiewohl schwächer, die gleiche Spitzenhöhe zeigt, so muss doch



die ins Arteriensystem getriebene Blutwelle wegen der geringeren Füllung des Herzens bei der verkürzten Diastole eine weit geringere sein, um so mehr als das schon von der vollen ersten Welle ausgedehnte Arterienrohr der neuen Welle beträchtlichen Widerstand leistet. Die Grösse der zweiten Welle muss hier aus dem Vergleich dieser mit der Gesammthöhe der ersten bemessen werden. Daraus geht hervor, dass das Vorhandensein eines zweiten Herzchocs bei fehlendem oder nur schwachem Arterienpulse kein Beweis für die Nichtbetheiligung des linken Ventrikels an der zweiten Contraction ist. Vielmehr muss „eine Bigeminie des Herzens dieses scheinbare Missverhältniss zwischen Herzchoc und Pulswelle erzeugen".

Aus den Versuchen geht ferner hervor, dass auch der klinische Befund eines doppelten Venenpulses bei fehlendem zweiten Arterienpulse nicht für Hemisystolie des rechten Herzens spricht; denn auch sie weisen, obwohl die experimentellen Bedingungen weniger günstig sind als die pathologischen Verhältnisse, einen doppelten Venenpuls auf. Das verschiedene Verhalten des Arterien- und Venensystems erklärt sich auch leicht daraus, dass die verkürzte Diastole des linken Ventrikels mangelhafte Füllung desselben und daher eine kleine Welle in der Arterie, die des rechten Ventrikels aber mangelnden Abfluss der Vene erzeugt. Eine zweite kleine Venenwelle muss, je verkürzter die Diastole, je überfüllter also die Vene ist, desto eher die Höhe der ersten erreichen, da sie nicht vom tiefsten Punkte, sondern von halber Höhe ausgeht.

Dem noch möglichen Einwande gegenüber, dass trotz Bigeminie doch vielleicht der schwächere Ausdruck der zweiten Welle in der Carotis auf einer schwächeren Contraction des linken Ventrikels gegenüber dem rechten beruhen könnte, stellten Vff. durch gleichzeitige Aufzeichnung der Curve des linken Ventrikels und der linken Carotis fest, dass unter den gleichen Bedingungen im linken Herzen Bigemini der gleichen Form und Grösse wie im rechten Herzen, und viel kleinere Bigemini in der Carotis wie im linken Herzen auftreten. Die Curve der linken Herzkammer wurde nach Einführung eines Katheters in dieselbe von der rechten Carotis aus durch die Aortenklappen gewonnen. Die mit dieser Methode zuvor aufgezeichneten Normalcurven unterscheiden sich von denen des rechten Ventrikels durch das Fehlen einer secundären Welle nach dem diastolischen Abfall. Vff. sehen darin einen Beweis dafür, dass jene zweite Erhebung in der Curve des rechten Ventrikels von einer durch den Klappenschluss der unversehrten Pulmonalis erzeugten Rückstosswelle herrühre, während diese links fehle, in Folge der Einführung des Katheters in die Aortenklappen. — Fand sich also bei dieser intraarteriellen Aufzeichnung mit äusserst empfindlichen Apparaten schon in der dem Herzen nahe gelegenen Carotis eine hochgradige Abschwächung der zweiten Welle, so muss diese noch viel hochgradiger sein bei den weniger exacten klinischen Messungsmethoden, zumal in weit entfernteren Gefässen wie in der Radialis, wo obendrein noch in Folge eines nicht compensirten Klappenfehlers das Arteriensystem eine weit geringere Blutmenge enthält als in der Norm, und ein Missverhältniss in der Füllung des linken und rechten Herzens besteht.



Die Versuche zeigten also, „dass und warum Bigemini des Herzens das erwähnte scheinbare Missverhältniss zwischen der Grösse des Herzchocs und des Venenpulses einerseits und der Grösse des Arterienpulses andrerseits hervorrufen können“. Frühere Autoren hatten zwar schon die Ansicht geäussert, dass es sich bei dem erwähnten klinischen Symptomenbilde um Bigeminus oder Alternans handele; allein da ihnen der experimentelle Beweis dafür fehlte, so war ihre Ansicht von der Mehrzahl der Autoren durch nicht minder gewichtige Gründe als ihre eigenen verworfen worden.

Aber nicht nur in Bezug auf die Form, sondern auch auf die Pulsfrequenz stimmen die experimentellen Ergebnisse mit den klinischen Befunden völlig überein. Mit dem Erscheinen der Bigemini fällt stets eine beträchtliche Verlangsamung der Herzthätigkeit zusammen, und zwar ebenso wie hier beim Experimente, so auch in den klinischen Beobachtungen der Autoren von Bigeminie oder von vermeintlicher Hemisystolie (Leyden, Fräntzel, Malbranc, Bozzolo). Ein P. bigeminus hat nach Berechnung aus einer grösseren Versuchsreihe annähernd den Zeitwerth von zwei vorangegangenen rythmischen Schlägen.

Die Frage, ob in der That Hemisystolie vorkomme, ist längst von Pannus, v. Bezold, Samuelson, Mayer u. A. durch Thierexperimente bejaht worden. Doch zeigte diese künstlich erzeugte Hemisystolie keine Aehnlichkeit mit dem als Hemisystolie gedeuteten klinischen Symptomenbilde. Die Frage aber, ob Hemisystolie unter den von Hofmokl angegebenen Bedingungen (Durchschneidung des Vagosympathicus und Unterbrechung der Athmung bis zum Absinken des Drucks im grossen Kreislauf an einem curarisirten Hund) auftrete, müssen R. und L. verneinen. Sie haben unter gleichen Bedingungen fast stets „beiderseits gleiche Wellenzahl, zuweilen auch Bigemini, nicht aber eine doppelte Schlagzahl des rechten auf einfache des linken Herzens“ erhalten.

Schliesslich wird noch eine klinische Beobachtung mitgetheilt, in welcher sich das von den Autoren als Hemisystolie gedeutete Symptomenbild fand, während Vff. durch graphische Aufnahme die Bigeminie für den Herzchoc und für den arteriellen Kreislauf wie bei ihren Experimenten darthun konnten. Bei einem 16jähr. Mädchen mit Mitralisinsufficienz kam, wie in den Fällen genannter Autoren, in den Perioden der Arythmie auf je 2 oder 3 deutlich fühl- und sichtbare Herzschläge nur ein fühlbarer Arterienpuls, während die Anschwellung der Halsvenen synchron mit dem Herzchoc erfolgte. Die Herzchoccurven zeigten wie bei den Thierversuchen gleiche Spitzenhöhe, aber ungleiche Diastole, verfrühte zweite Systole. Und damit stimmen im Wesentlichen auch die Bilder anderer Autoren, welche die Hemisystolie vertreten, wie die von Malbranc und Leyden, überein. War auch der Palpation der Nachweis einer zweiten Pulswelle in den Arterien unmöglich, so zeigen doch die graphischen Aufzeichnungen des Carotis- und Radialispulses ausgesprochenste Bigeminie. „Das von verschiedenen Autoren als Hemisystolie beschriebene Symptomenbild stellte demnach nichts anderes dar als Herzbigeminie.“

**Stintzing (München).**

---

7. **Prof. Maschka, Verdacht einer Vergiftung. Natürlicher Tod. Echinococcus des Herzens.** (Prag. medic. Wochenschr. Nr. 50.)

Eine Frau, welche früher zu Oefterem über brennende Schmerzen in der Herzgegend geklagt hatte und etwas kurzathmig war, starb plötzlich unter Erbrechen. Die Obduction ergab an dem verfetteten Herzen an der Vorderfläche zwei grössere Echinococcusblasen, von denen die obere den linken Ast der Lungen-Arterie an einer kleinen Stelle zerstört hatte. Das Loch war durch die Membran des Echinococcus-Sackes geschlossen.

Bartold.

---

8. **Professor C. J. Eberth, Tödtliche Blutung aus Varicen des Oesophagus.** (Deutsch. Arch. f. klin. Medicin. Bd. XXVII. Heft 5 und 6, p. 566.)

Ein 40jähr. Ingenieur hat vor 12 Jahren 17 Wochen angeblich an einem galligen, typhösen Fieber gelitten und ist seitdem nie ganz gesund gewesen. Vor 4 Jahren bekam er zuerst Blutbrechen, im letzten Jahre 8 mal Blutungen. Früher bestand abwechselnd Appetitlosigkeit und Heisshunger, in letzter Zeit ziemlich normaler Appetit, mitunter bitterer Geschmack, gelblicher Zungenbelag, Magendrücken und vorübergehend stechender Schmerz in der Magengegend. Nach jenem Fieber litt Patient vier Jahre an chronischer Diarrhoe, dann an Obstipation, die sich in den letzten Jahren steigerte. Bereits vor 12 Jahren und in den letzten Jahren bestanden theerartige Stühle, zuweilen vorübergehende Gelbsucht, zur Zeit auch Haemorrhoiden. 8 Tage vor dem Tode tritt erneutes Erbrechen von dunkelrothem, geronnenem Blut ein, die Magengrube ist besonders empfindlich, beim Schütteln deutliches Schwappen in der Magengegend vorhanden. Die Diagnose lautete auf Ulcus ventriculi. Das Blutbrechen wiederholt sich, und unter Perforationserscheinungen erfolgt der Tod. Anatomische Diagnose: „Anaemie sämmtlicher Organe in Folge Berstung einer varicösen Vene des Oesophagus, Hirnoedem, Lungenoedem, Fettherz.“ Die Magenschleimhaut war blass und im Fundus wie in der grossen Curvatur von zahlreichen stecknadelkopfgrossen weisslichen Narben durchsetzt, nirgends eine frische Ulceration oder Haemorrhagie. In der unteren Hälfte des Oesophagus die Venen der Schleimhaut geschlängelt und dicht neben einander verlaufend, bis zu bleistiftdicken prominirenden Strängen entwickelt, die aber blutleer sind; in einer Venenschlinge ein circa 2 Mm. langer Riss. —

Während die Mehrzahl der bisher bekannten Fälle von Oesophagus-Varicen von Lebercirrhose oder andern Formen von Leberatrophie begleitet war, konnte in diesem Falle jede Atrophie der Leber ausgeschlossen werden. Das Organ wurde nur beträchtlich anaemisch, oedematös und fettig degenerirt befunden. Ob das „gallige typhöse“ Fieber, von welchem die Krankheit ihren Ausgang nahm, ein schwerer Abdominaltyphus oder ein heftiger Gastrointestinalkatarrh mit vorwiegendem Befallensein des Magens war, ist fraglich. Für letzteren sprechen die Narben in der Magenschleimhaut. Diese sind wohl aus haemorrhagischen Geschwüren entstanden, welche die Veranlassung des häufigen



Blutbrechens waren. Der chronische Magendarmkatarrh, der sich durch die 12 Jahre bestehende Diarrhoe und Obstipation u. A. documentirte, mag die Ursache der dauernden Venenerweiterung gewesen sein; es fanden sich auch im Rectum ansehnliche Haemorrhoidalknoten und in der Leber ektatische Gefässe sowie cavernöse Tumoren. Der Tod erfolgte bei dem durch die vielen früheren Blutungen schon sehr anaemischen Kranken durch Ruptur einer der ektatischen Venen des Oesophagus. Stintzing (München).

---

9. **Dr. Justus Andeer,** Würzburg, **Die Anwendung des Resorcins bei Magenleiden.** (Zeitschrift für klin. Medicin. 1880. II. Band. 2. Heft. St. 297—301.)

Verf. berichtet über 300 mit Resorcin behandelte Krankheitsfälle, von denen 13 interessantere Fälle genauer mitgetheilt sind.

Das reine Präparat wurde gewonnen durch Sublimation des Rohmaterials und besteht aus reinen silberglänzenden Crystallen. Dem auf diese Weise gewonnenen Präparate fehlen die experimentell festgestellten toxischen Wirkungen des im Handel vorkommenden Resorcins, wodurch letzteres für die innere Anwendung beim Menschen nicht zulässig erscheint.

In den 13 mitgetheilten Krankheitsfällen handelt es sich um theils acute, theils chronische catarrhalische Erkrankungen des Magens mit Retention und Zersetzung des Mageninhaltes oder mit abnormer Schleimbildung. Um den Magen zunächst vollständig zu entleeren, wurde die Magenpumpe angewandt und der oft an Spross- und Spaltpilzen reiche Mageninhalt gewöhnlich mit einer Glaubersalz-Lösung vollständig herausgespült. Dann folgte je nach dem Grad der Erkrankung oder der auf die Auspumpung folgenden Reaction des Körpers entweder sogleich oder Tags darauf eine „Desinfektion“ des Magens durch Ausspülung mit einer 1—5procentigen Resorcin-Lösung, unter Beobachtung der nöthigen Diät etc.

Fast immer genügte diese eine Ausspülung (meist 2 Liter Flüssigkeit), die nur bei der Lösung zu 5 % leichte Intoxications-Erscheinungen im Gefolge hatte, um die Krankheits-Erscheinungen dauernd zu heben und die normalen Funktionen des Magens wieder herbeizuführen. In 2 Fällen, wo früher Blutbrechen bestand, und blutig gefärbter Mageninhalt ausgespült wurde, äusserte Resorcin eine styptische Wirkung, die Blutungen blieben aus.

Andeer stellt Resorcin, zu dem beschriebenen Zwecke verwendet, über Phenol und Salicylsäure, weil es weder die toxischen Eigenschaften des ersteren noch die corrodirende Wirkung des letzteren hat. „Das Resorcin wird von den Schleimhäuten fixirt in Folge eines Hydratationsvorganges und gelangt nicht so leicht in den Blutstrom.“ Ob Resorcin im Magen sich mit der freien Salzsäure zu Chlor- (Di- oder Tri-chlor) Resorcin verbindet oder in die Eiweiss-Molecüle im Darm eintritt, „um ungiftige Verbindungen für den Körper zu schaffen“, ist nicht bekannt.

Verf. fand ferner die Thatsache, dass die von Resorcin „geätzten“ Schleimhautstellen ohne Narbenbildung heilen. „Resorcin auf die Schleimhäute von Warmblütern gebracht, ändert chemisch das Proto-



plasma der Epithelzellen: es coagulirt das Eiweiss, macht es Anfangs hyalin oder grau degeneriren und der schliesslich fettige Detritus wird, wenn nicht etwa die Bindegewebsschichten mit geätzt sind, resorbirt. An der Aetzstelle bildet sich, wie oben bemerkt, kein Narbengewebe wie nach Anwendung anderer Caustica, sondern normale Epithelien und zwar zuerst immer Plattenepithel, sogar an mit Cylinderepithelien versehenen Organen wie Trachea, Uterus etc." Daraus erklärt sich Verf. die schnelle Heilung von entzündlichen Magenaffectionen, die mit Abschilfung des Epithels beginnen. „Die Regeneration ist nach 2—3 Tagen schon eine vollständige." Ferner wirkt das Resorcin haemostatisch. Am Mesenterium des Frosches kann man durch Aetzen mit Resorcin die Blutcirculation plötzlich sistiren, ferner capillare Blutungen durch die Eiweiss coagulirende Eigenschaft des Resorcins zum Stillstand bringen. Bei flächenhafter und oberflächlicher Ulceration, bei welcher oft starke capillare Blutungen auftreten, darf man daher Resorcin-Lösung in ziemlich starker Lösung ohne Scheu eingiessen.

Da Resorcin bei Gährungsvorgängen weniger prompt wirkt, muss eine hohe Procentirung (2—3 %) genommen werden.

Gegen Carcinom und andere allgemeine Erkrankungen begleitende Magenleiden ist Resorcin nutzlos.

Im Anfang des Aufsatzes bespricht Andeer die chemische Verwandtschaft etc. des Resorcin.

Bartold.

---

10. **Prof. E. Wagner,** Leipzig, **Die constitutionelle Syphilis und die davon abhängigen Nierenkrankheiten.** (Deutsch. Arch. f. klin. Medicin Bd. XXVIII. 2. Heft. S. 94—118.)

Unter 9000 Sectionen fand Wagner 63 Fälle von Nierenerkrankungen die mit Syphilis in Verbindung standen und zwar kommen davon auf den acuten Morbus Brightii 8 Fälle, auf den gewöhnlichen chronischen 4, auf die granulirte Niere 7, auf Atrophie einer Niere 12, auf Amyloidentartung 35, auf das Syphilom der Niere 3. Spiess fand unter 220 syphilitischen Leichen der Berliner Charité bei 147 einen mit Syphilis etwa in directem Zusammenhang zu bringenden pathologischen Befund. Bamberger fand unter 19000 Sectionen 2430 Fälle von primärem und secundärem Morbus Brightii und darunter 49 Fälle = 2% auf syphilitischer Basis. Nach Beer (die Bindesubstanz der Niere) finden sich in syphilitisch erkrankten Nieren: 1) Gummata; 2) einfache interstitielle Hyperplasie, meist ungleichmässig, mit Narbenbildung, selten Narben und sonst normale Gewebe; 3) diffuse zellige Hyperplasie des interstitiellen Gewebes meist mit Speckentartung der Gefässe, mannigfachen Atrophien der Neubildung sowie parenchymatöse Veränderungen (kleine Fettherde), selten dieselbe Form ohne Speckentartung; 4) rein parenchymatöse Affectionen. „Ohne Zuhülfenahme anderer Momente sind nach Beer nur die erste und dritte Form für Syphilis charakteristisch."



### 1. Der acute Morbus Brightii.

8 Krankheitsfälle mit verschiedenen Symptomen. Fall I. Haemorrhagisch-katarrhalische und gleichzeitig interstitielle Form des acuten Morbus Brightii bei einem 19jähr. Kellner. Vor 6 Wochen coitus, syphilitische Roseola. Allgemeine Drüsenschwellungen. Mandelgeschwüre. Allgemeine Wassersucht. In 4 Wochen unter Anwendung von Quecksilber, Jodkalium und Pilocarpin verschwinden die Oedeme und die syphilitischen Symptome. Die anfangs sehr verminderte Harnmenge 600—400 ccm. steigt auf die Norm, das abnorm hohe specifische Gewicht desselben 1046 fällt im umgekehrten Verhältniss. Microscopisch im Harn nur Anfangs spärliche rothe Blutkörperchen, später verschwindend, wohingegen die weissen an Zahl erheblich in der ersten Zeit zunehmen, und dann mit der Heilung allmählich verschwinden. Anfangs ziemlich viele hyaline, mittelbreite Cylinder, einzelne mit verfetteten Epithelien später zahlreicher werdend und mit vielen weissen Blutkörperchen zusammen, viele Harnsäurecrystalle, später allmähliche Abnahme aller patholog. Befunde. Im 2. Fall hingegen war der Harn reichlicher, specifisch leichter, fast eiweisslos mit vorzugsweise reichlichen, wohl zweifellos der Niere entstammenden rothen Blutkörperchen, nie Oedeme, sehr wenig gestörtes Allgemeinbefinden. Heilung. Im 3. Fall bei syphilit. Psoriasis traten im Harn ziemlich viel Eiterkörperchen auf, meist spärliche, an einzelnen Tagen reichliche Cylinder, keine rothen Blutkörperchen. Heilung. III. Fall. Tertiäre Syphilis bei einer 30-jähr. Frau. Tod durch intercurrente Pneumonie. Es fand sich das in Fall I angenommene Nierenleiden. Fall IV—VIII mit tertiärer Syphilis. Section ergab acuten Morbus Brightii.

### 2. Der subacute oder chronische Morbus Brightii.

4 Fälle. 2 bei Männern, 2 bei Weibern. Section ergab Morbus Brightii im 2. Stadium. Microscopische Untersuchung fehlte, „der eine oder andere Fall gehört vielleicht der Amyloidentartung an.“

### 3. Die granulirte Niere.

7 Fälle, 4 Nieren microscopisch untersucht. Der Harn hatte im Allgemeinen den Charakter der granulirten Niere, der Befund war aber ein sehr wechselnder. In 2 Fällen bestand zwar eine kleinzellige Infiltration, jedoch war es an keiner Stelle zu einer stärkeren Bindegewebsneubildung gekommen. Intima der mittleren Arterien in den qu. 4 Fällen ziemlich stark verdickt. In einem Falle (Nr. XIV) wurden nie weder intra vitam noch an der Leiche Harncylinder gefunden.

### 4. Die einseitige Nierenatrophie.

„In 6 Fällen constitutioneller Syphilis fand sich eine meist sehr hochgradige Schrumpfung der einen Niere, während die andere compensatorisch vergrössert und übrigens normal oder amyloid krank war.“ Syphilis erschien als die wahrscheinlichste Ursache. Bei allen Untersuchungen fanden sich diejenigen Arterienveränderungen, die Heubner bei der Syphilis beschrieben hat, sowohl in den Arterien der geschrumpften Niere als auch in den anderen Körperarterien. 2 gleiche Fälle von einseitiger Schrumpfniere bei Syphilis fand Weigert. (Volkm. Samml. kl. Vortr. 1879. Nr. 162—163.)



5. Die Amyloidniere.

Von 35 Fällen sind 4 genauer bekannt, jedoch will darnach Prof. Wagner keine Charakteristik des Amyloidharns u. s. w. aufstellen. „Auffallend war in dreien derselben der an einzelnen Tagen sehr wechselnde Gehalt des Harnes an zum Theil eigenthümlichen Cylindern, sowie der meist grosse Reichthum an Eiterkörperchen, ohne dass gleichzeitig Cystitis oder Pyelitis bestand. Auch lieferte die microscopische Nierenuntersuchung den Beweis, dass der Eiter aus den Harnkanälchen resp. Glomerulis stammte.“

Die anderen Fälle betrafen 1) geschwürige Haut- und Knochen-Affektionen, die noch bestanden oder schon geheilt waren, 2) schwerere syphilitische Ulcerationen der Haut und Schleimhäute besonders des Mastdarms ohne gleichzeitige Knochenaffection, 3) Fälle wo neben der Syphilis ein anderweitiges zur Speckentartung führendes Leiden bestand, z. B. Tuberculose, Gelenkentzündungen. „In allen 3 Kategorien fanden sich besonders häufig ältere, seltener frische Cysten der Leber, der Hoden, seltener solche der Lunge.“ Wassersucht war ungefähr ebenso häufig da als sie fehlte.

Die Heilbarkeit der Amyloidentartung der Nieren hat Verf. bei constitutioneller Syphilis „zweimal, beidemal mit Vergrösserung, also wohl Speckentartung der Leber, gesehen und beide Kranke Jahre lang nach der Heilung unter Augen behalten.“

6. Das Syphilom der Niere.

4 Fälle, 2 zweifellos, einer zweifelhaft, einer wahrscheinlich geheilt.

Es bestanden zugleich Gummata in anderen Körperorganen.

Es folgt noch einige Literatur über das Nierensyphilom.

Bartold.

---

11. **Dr. Fleischer** und **Brinkmann,** Erlangen, **Ueber das Resorptionsvermögen der normalen menschlichen Blasenschleimhaut.** (Deutsche medic. Wochenschr. 1880. Nr. 49.)

Die Verf. wählten zu ihren Versuchen Jodkali und stellten dieselben mit möglichster Vermeidung der Fehlerquellen an. Die Jodkaliumlösung wurde in die Blase gebracht, $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde nachher eine Pilocarpininjection gemacht und in dem ausfliessenden Speichel nach Jod gesucht. Während vom Mastdarm aus schon 0,025 Jodkali eine sehr deutliche Jodreaction des Speichels erzeugten, trat dieselbe nach Injectionen in die Harnblase erst ein, wenn eine 1 pCt. Lösung von Jodkali angewandt worden war, und geschieht diese Resorption jedenfalls sehr langsam.

R.



12. **E. Petri, Beitrag zur Lehre von den Hemmungsapparaten des Herzens.** (Inaug.-Diss. Bern. 1880. 39 S.)

P. fand im Verlauf einer grösseren Reihe von Versuchen, die er am Froschherzen mit Herzgiften anstellte (die Details müssen im Original nachgesehen werden), dass der Hemmungsapparat als ein einheitlicher aufzufassen sei, wenngleich er über Ort und Beschaffenheit des Hemmungsapparates vorläufig noch keine definitive Meinung aufstellen will. Die geläufige Ansicht vom Bestehen von Zwischenapparaten ist durch P.'s Untersuchungen wankend gemacht und schliesst sich Verf. in dieser Hinsicht und in gewisser Beziehung den von den englischen Forschern Foster und Dew. Smith ausgesprochenen Ideen an.

Hinsichtlich der Wirkung der einzelnen Herzgifte fand er:

Muscarin. Herzstillstand wird durch dasselbe erregt in einer Dosis bis zu 0,5 mgr, erhöhte Dose bedingt beschleunigte Herzaction. Hat der durch das Muscarin erzeugte Herzstillstand spontan aufgehört, so zeigen sich die Hemmungsapparate des Herzens, Vagus und die Ganglien des Sinus venosus unwirksam. Daraus folgt, dass das Muscarin mit vielen anderen Giften die Eigenschaft theilt, nach vorhergegangener Reizung Lähmung der Hemmungsapparate hervorzurufen. Letztere tritt bei grösseren Dosen des Giftes rasch ein. Der durch Muscarin hervorgerufene Herzstillstand wird bei Erhöhung der Temperatur aufgehoben, dann folgende Abkühlung ruft ihn wieder hervor.

Nicotin verhält sich dem Muscarin gegenüber wie Atropin, nur ist seine Energie in dieser Hinsicht geringer, daher das anzuwendende Quantum zu beachten ist.

Atropin lähmt den Vagus früher wie die Ganglien des Sinus venosus. Auch die motorischen Apparate des Herzens unterliegen dem schwächenden Einfluss des Atropin. Bei bestehender Atropinwirkung lässt sich, entgegen früheren Angaben, nach den Beobachtungen des Verf. durch Muscarin Herzstillstand hervorrufen.

Curare hebt die hemmende Kraft von Vagus und Sinus venosus auf, ebenso auch den durch Muscarin erzeugten Herzstillstand, letzteres in sehr kurzer Zeit.

Strychnin besitzt in kleinen Dosen erregende, in grösseren lähmende Wirkung auf Vagus und Sinus venosus. Auch ist es im Stande, den Muscarinstillstand aufzuheben, in seiner Intensität steht es in dieser Beziehung dem Nicotin nahe.

Kalisalze gehören nicht zu den intensiven Giften, lassen sich leicht durch passende Kochsalzlösung wegspülen und wirken lähmend auf die Hemmungsapparate ein, vielleicht nach vorhergegangener Erregung derselben. Den Muscarinstillstand heben die Kalisalze auf.

Barytsalze verhalten sich den Kalisalzen ähnlich, nur ist ihre Wirkung eine energischere.

Apomorphin lähmt die Hemmungsapparate gleichfalls, beseitigt auch die Muscarinwirkung, jedoch ist seine Kraft nicht besonders gross.

Schulz.

---

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.

Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen nebst Titel und Register.

# Centralblatt für KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M. zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigirt von

Dr. H. Rühle, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn. und Dr. D. Finkler, Privatdocent und Assistent an der medicin. Klinik in Bonn.

1881. 25. Januar. Nro. 43.

**Inhalt.** Original: **Dr. C. Bozzolo**, Doliarin gegen Anchylostoma Dubini. Referate: 1. **Beneke**, Constitution und constitutionelles Kranksein des Menschen. — 2. **Arndt**, Untersuchungen über die Entstehung von Kokken und Bakterien in organischen Substanzen. — 3. **Rosenthal**, Zur Characteristik der Myelitis und Tabes nach Lues. — 4. **Vallin**, Un cas de lèpre hyperesthesique; Contagion probable. — 5. **Simmonds**, Ein parasitischer Steisszwilling. — 6. **Penzoldt**, Ueber Thrombose (autochthone oder embolische) der Carotis. — 7. **Brüninghausen**, Ueber zwei Fälle von Anomalie der Pulmonalarterienklappen. — 8. **Bäumler**, Ein weiterer Fall von hochgradiger Anaemie. — 9. **Simmonds**, Ueber chronische interstitielle Erkrankungen der Leber. — 10. **Bollinger**, Ueber Kindermilch und über den Einfluss der Nahrung auf die Beschaffenheit der Kuhmilch. — 11. **Babinski**, Observation d'un cas de Prurigo guéri par l'emploi des douches froides. — 12. **Neumann**, Ist die Prurigo des kindlichen Alters eine heilbare Krankheit? — 13. **Hagenbach**, Therapeutisches aus der Kinderpraxis, im spec. über Anwendung von Chininum tannicum.

## Doliarin gegen Anchylostoma Dubini.

Mittheilung von **Dr. C. Bozzolo**,
Professor der propädeutischen Klinik zu Turin.

Als ich vor zwei Jahren die in Piemont bei den Ziegelarbeitern sehr verbreitete Anchylostoma-Anämie studierte[1]), und nachdem ich vergeblich mit den stärksten Anthelminticis die Anchylostomen herauszufördern versucht hatte, nahm ich mir vor, mit dem Doliarin Versuche anzustellen.

Das Doliarin ist ein in Brasilien als Specificum berühmtes Mittel gegen Opilaçao, eine dort endemische Krankheit, die nach Wucherer's Studien durch die Anchylostomen bedingt sein soll.

Noch wichtiger schien mir der Versuch, als ich und Prof. Pagliani durch Studien in loco feststellen konnten, dass die Arbeiter des Gotthardtunnels, welche von der schweren Krankheit (Anämie des Gotthards), die unter ihnen ausbrach, befallen wurden, alle Anchylostomenträger waren[2]).

1) L'anchilostomiasi e l'anemia che ne conseguita. Giorn. internazionale delle Scenze med. 1879.

2) Bozzolo e Pagliani, L'anemia al traforo del Gottardo, dal punto di vitta igienico e clinico. Milano, 1880.



Leider habe ich erst vor einigen Tagen das Präparat (officiell durch das Gouvernement) bekommen können.

Die Frage nach dem Antheil der Anchylostomen an der Anämie des Gotthards haben wir in unserer Arbeit aufgeworfen, ohne sie bestimmt zu lösen, theils weil wir andere schwere Krankheitsursachen am Gotthardtunnel wirksam fanden, theil weil in einigen hochgradigen Fällen von Anämie die Anchylostomen in einer relativ kleinen Menge sich vorfanden.

Darum schien uns eine Reserve gerechtfertigt zu sein, um so mehr, als es damals als das Dringendste erschien, Maassregeln vorzuschlagen, und es unzweckmässig gewesen wäre, sich nur auf die Prophylaxis und die Behandlung der Anchylostomiasis zu beschränken.

Aus dieser unserer Reserve, die wir in der letzten medicinischen Versammlung in Genua aufrecht erhielten, und mehr noch aus dem ungenauen, in der „Italia medica“ veröffentlichten und von anderen medicinischen Zeitschriften wiedergegebenen Berichte meiner über den Gegenstand auf obenbesagter Versammlung gehaltenen Rede, entstand mehrfach die unrichtige Meinung, dass ich und Prof. Pagliani die Anchylostomen bei der Anämie des Gotthards in den Hintergrund stellten. Diese Meinung steht aber im entschiedensten Widerspruch mit den betreffenden Kapiteln unserer oben citirten Abhandlung.

Denn es war auch uns nicht entgangen, dass die Anämie bei vielen Kranken fortdauerte, wenn sich dieselben gleichwohl den verderblichen Einflüssen des Tunnels schon einige Monate entzogen hatten, und wir überliessen es weiteren Beobachtungen, die Frage zu lösen, ob man den Anchylostomen allein, oder vielmehr den beständigen Veränderungen der haematopoëtischen Organe die Schuld beimessen sollte.

Wir sind heute der Lösung dieser Frage sehr nahe. Professor Perroncito in Turin fand als Resultat seiner Experimente, dass oleum aethereum filicis maris, wenn es frisch zubereitet und zu hohen Dosen (bis 40 gr im Tage) gegeben wird, die Anchylostomen tödtet, oder austreibt. — Dr. Parona aus Varese und Dr. Campiglio aus Cittiglio (Lombardei) bestätigten diese Resultate.

Ich hatte zwei Jahre vorher nebst anderen Anthelminticis, das Extractum filicis maris bei der Anchylostoma-Anämie, und nachher wieder bei der Gotthardanämie vergeblich angewandt. Dass mir damals leider der Versuch fehl schlug, muss ich heute mehr der mangelhaften Qualität, oder der ungenügenden Dosis, oder endlich der Darreichungsweise des Präparats (in Kapseln), als einem Beobachtungsfehler zuschreiben. — In der That, nachdem ich von den Beobachtungen des Prof. Perroncito angeregt, das Experiment wieder aufnahm, habe ich die von ihm angekündigten Resultate erhalten.

Gegen den Opilaçao braucht man in Brasilien den Saft einer dort wachsenden Pflanze (Urostigma doliarium; Miquel's Ficus doliaria, Martius' Ficus ferruginea? Hort. Vindob.). Aus diesem Saft extrahirte Herr Peckolt in Rio Janeiro einen crystallisirten Stoff, den er Doliarin nannte. — Die Substanz, welche ich unter dem Namen Pos de doliarina e ferro especifico contro à opilaçao erhielt, ist eine Mischung obbesagten Doliarins mit anderen pflanzlichen aromatischen Substanzen und Eisen.

Nach der beigelegten Gebrauchsanweisung soll man während der eigentlichen Kur von dieser Pos einen Theelöffel dreimal täglich geben, und dann mit geringeren Dosen während eines Monates fortfahren, um Recidive zu vermeiden.

Ich liess zwei mit Anchylostomen behaftete Kranke meiner Klinik drei Kaffeelöffel dieses Mittel nehmen.

Die Arznei wurde ohne Widerwillen genommen und rief bei einem von diesen Kranken schon nach dem ersten Löffel (3,5 gr) eine starke diarrhöische Entleerung hervor, welche nebst Schleim mehrere Anchylostomen enthielt (man konnte deren 5 zählen). In den nach dem dritten Löffel entleerten Fäces zählte man noch 11 Anchylostomen. Bei dem anderen Kranken fand man 16 Anchylostomen erst in den nach dem dritten Löffel entleerten Fäces, doch ist eine der Ausleerungen verloren gegangen.

Aus alledem kann man heute Folgendes schliessen:

1) Dass Doliarin wirklich eine gegen Anchylostoma wirksame Substanz ist.

2) Dass die Opilaçao oder Hypoemia intertropical durch die Anchylostomen verursacht wird.

---

1. **Beneke, Constitution und constitutionelles Kranksein des Menschen.** (Marburg, 1881.)

Die vorgenannten constitutionellen Krankheiten sind ihrem Wesen nach noch durchaus dunkel, ebenso unklar, wie es ist, dass gleiche äussere Verhältnisse, gleiche Nahrung bei verschiedenen Menschen ganz verschiedene Effekte erzielen, dass die gleichen und auch ihrem Umfange nach gleich ausgedehnten Krankheiten bei dem einen Menschen zum Tode führen, beim andern nicht. Es müssen da anatomische Verhältnisse der menschlichen Maschine zu Grunde liegen, und dieser Gedankengang führte Verf. dazu, seit 12 Jahren bei jeder Leiche Messungen der Weite der Arterien und Volumsbestimmungen der einzelnen Organe (mit Ausnahme des Gehirns), sowie Längsbestimmungen des Darmes zu machen. Die mitgetheilten Resultate zerfallen in 2 Abschnitte. Der erste behandelt die „Constitution des gesunden Menschen in verschiedenen Lebensaltern“. Aus den ersten mitgetheilten Tabellen ergiebt sich betreffs der Körperlänge und des Körpergewichts während der gesammten Wachsthumsperiode, dass erstere von der Geburt bis zum vollendeten Wachsthum um das 3,5fache (beim Manne), das 3,2fache (beim Weibe), letzteres um das 20fache beim Manne und das 18fache beim Weibe zunimmt. Wesshalb nimmt nun in dieser Periode, besonders in den ersten Lebensjahren der Mensch so rasch zu? Verf. glaubte zur Beantwortung dieser Frage in erster Linie die Verhältnisse des Darmkanals berücksichtigen zu müssen, und wie aus seinen Tabellen hervorgeht, fand er, dass die relative Länge des Dünndarms beim wachsenden Individuum bedeutender ist, als beim Erwachsenen, und dasselbe stellte sich heraus für die relative Capacität desselben. Weiterhin nimmt das relative Uebergewicht der Leber bis zum vollendeten Wachsthum immer mehr ab, das relative Lungengewicht dagegen zu. Die Nieren übertreffen bei jugendlichen Individuen das Gewicht des



Herzens, beim Erwachsenen ist es umgekehrt. Sämmtliche grösseren Körperarterien sind im Entwicklungsalter bis zur Pubertätsperiode relativ zur Körperlänge sehr weit. Die grössere Resorptionsfläche des Darmes erleichtert also die Nahrungsaufnahme, die weiten Arterien, mit folglich geringerem Blutdruck, fassen mehr Nahrungsmaterial und erleichtern die Verarbeitung, die grösseren Nieren sind im Stande die grössere Menge der Excretionsstoffe zu bewältigen. Die gegen die Weite der iliacae communes vorwiegende Weite der Carotiden bei Kindern begünstigt die Entwickelung des Gehirns, das im vorgeschrittenen Kindesalter umgekehrte Verhältniss die Entwickelung der unteren Extremitäten. Im Pubertätsalter werden die Arterien relativ zur Körperlänge sehr eng, das Gehirn wächst zu dieser Zeit beträchtlich, die Folge beider Momente ist eine Erhöhung des Blutdrucks und von diesem lässt Verf. die Pubertätsentwickelung abhängig sein. Bis zur Vollendung des Wachsthums werden dann die Arterien wieder weiter, um mit Erreichung dieses Zeitpunktes bis zum 40. Jahre wieder relativ enge zu werden. Nach dieser Zeit werden die Gefässe wieder weit und Verf. ist geneigt, aus dem mit dieser Erweiterung verminderten Blutdruck den Eintritt der Senescenz, das Ergrauen der Haare, das Aufhören der Geschlechtsfunktionen etc. abzuleiten.

Der zweite Abschnitt umfasst die Anomalien der Constitution. Hier führte die anthropometrische Untersuchung der Organe den Verf. zu der Ueberzeugung, dass den bestimmten constitutionellen Erkrankungen auch verschiedene anatomische Verhältnisse zu Grunde liegen. Letztere lassen sich nach zwei Richtungen sondern. Die erste Combination betrifft ein relativ kleines Hirn, ein relativ enges arterielles Gefässsystem, relativ grosse Lungen, relativ kleine Leber, relativ kurzen Darmkanal. Auf Grundlage dieser anatomischen Verhältnisse entsteht die Scrophulose, die Osteomyelitis der Kinder, die käsige Phthise, die chronischen Anämien. Die zweite Combination umfasst ein relativ grosses Herz, relativ weite Gefässe, relativ kleine Lungen, relativ grosse Leber, relativ langen Darmkanal mit relativ grosser Capacität. Diese Einrichtung hat zur Folge die bronchiectatischen Phthisen, die interstitiellen Leber- und Nierenentzündungen, die Pachymeningitis, die Verdickung der arteriellen Gefässwandung, also Processe, die mit Bindegewebsneubildung verlaufen und die Verf. unter den „fibromatösen Constitutions-Anomalien“ zusammenfassen möchte. In die letztere Kategorie rechnet Verf. auch die Neigung zur Fallsucht und zur carcinomatösen Erkrankung.

Aber die geschilderte anatomische Anlage muss nicht nothwendigerweise auch zu den angeführten Folgezuständen führen, die Constitution giebt nur den Grund und Boden, auf welchem sich bestimmte Krankheitszustände entwickeln. Es kann also richtig geleitete Prophylaxis viel erreichen. Die erstere Constitutionsanomalie kann durch tonisirende Behandlung, die zweite durch Einschränkung der über das Normalmaass hinausgehenden Resorptions- und Assimilationsvorgänge vor weiteren Folgen geschützt werden.

Dem Verständniss der phthisischen Lungenerkrankungen glaubt Verf. durch Aufstellung jener beiden Constitutionsanomalien erheblich näher gekommen zu sein. Als Beispiel führt er die Steinhauer an.



Die Einen unter ihnen, die mit der ersteren Anomalie, bekommen durch die Staubeinathmungen käsige Phthise, die anderen, die der zweiten Kategorie, fibromatöse Erkrankungen, bronchiectatische Cavernen. Die anthropometrischen Messungen derartiger Individuen ergaben die betreffenden anatomischen Merkmale.

Nun können aber beide Kategorien sich auch combiniren. Unter den vielfachen hier möglichen Fällen hebt Verf. nur zwei hervor. Einmal als Theilerscheinung der ersten Kategorie, das Vorkommen eines kleinen Herzens und enger Arterie bei im Uebrigen guter Constitution und Verf. glaubt, dass derartige Individuen fieberhaften Krankheiten leicht erliegen. Er fand diese Anomalie dementsprechend sehr oft bei an Typhus Verstorbenen.

Zweitens wird angeführt das Vorkommen eines weiten Herzens und weiter Gefässe bei rachitischen Kindern, die man doch geneigt ist, zur ersten Kategorie zu rechnen. Aber die Messungen veranlassen den Verf., die Rachitis als auf der zweiten Kategorie beruhend anzusehen.

Auf die Ausbildung der Constitutionsanomalie muss natürlich das dem Körper dargebotene Nahrungsmaterial Einfluss haben. Aber den Grund und Boden für die Wirksamkeit der menschlichen Maschine bilden die relativen Grössenverhältnisse der anatomischen Apparate. Die Nahrung bildet aber weiterhin einen wichtigen Faktor zur Prophylaxis bei den Constitutionsanomalien nach der oben angedeuteten Richtung.

Schliesslich bespricht Verf. noch die Erblichkeit der Constitutionsanomalien und kommt zu dem Schlusse, dass nach den Gesetzen der Erblichkeit sich mit Wahrscheinlichkeit ähnliche Anomalien bei den Kindern wiederfinden, wie bei den Eltern, dass also die anatomische Grundlage der Constitution sich fortpflanzt.

Ribbert.

---

2. **Arndt, Untersuchungen über die Entstehung von Kokken und Bakterien in organischen Substanzen.** (Virch. Arch. Bd. 82. S. 119.)

Einem gesunden eben getödteten Kaninchen wurde unter allen Cautelen die Bauchhöhle geöffnet, Stücke Leber und Niere und der Pankreas entnommen und in Reagensgläser, die mit Nährflüssigkeit versehen waren und mit Watte verschlossen wurden, vertheilt. Als Controlle dienten Gläser mit Bakteriennährflüssigkeit ohne Organe. Ebenso wurden Theile der Organe zwischen Urschalen gebracht und mit carbolisirten Tüchern umwickelt. Während die Controllgläser rein blieben, bekamen die mit Organstücken versehenen nach einigen Tagen einen faulenden Geruch und in der Nährflüssigkeit schwammen zahllose Kokken und Bakterien, erstere hauptsächlich vertreten durch die Diplokokkusform. Die Formen dieser Organismen wechselten etwas an Grösse und Gestalt je nach dem Organ, aus dem sie hervorgegangen waren. Verf. beobachtete nun an den Kokken Vorgänge, die er als Theilung und Sprossung beschreibt und die seiner Ansicht nach schliesslich zur Bildung der mannichfachen übrigen Formen führen.

Aehnliches sah er an den in Uhrschalen untergebrachten Organstücken. Wie gelangten nun diese Organismen in die Reagensgläser? Verf. ist der Meinung, dass sie schon vorher in den Organen enthalten waren und sich nun unter den günstigen Bedingungen entwickelten. Und voran glaubt er, dass sie hervorgehen aus den normalerweise in jeder Zelle beobachteten sogenannten Elementarkörperchen, die in jedem Organ etwas verschieden sein sollen, wodurch die differente Beschaffenheit der Kokken und Bakterien zu Stande kommt. Weitere Versuche wurden mit Gehirn, Muskulatur und Peritoneum angestellt. Verf. glaubt hierhin ebenfalls entstehende Organismen aus den Neurogliazellen, resp. dem interfibrillären Protoplasma der Muskeln ableiten zu können. Fernere Versuche an Froschorganen gaben ähnliche Resultate. Um die angegebenen Resultate noch sicherer zu stellen wurden Stücke Gehirn und Muskeln von Hammel und Rind in Wasser mehrere Stunden lang auf 125 resp. 190° C. erhitzt und dann auf gleiche Weise wie die übrigen Organstücke behandelt. Hier stellte sich nun heraus, dass keinerlei Bildung von Kokken und Bakterien eintrat, obwohl doch die Bedingungen ganz die gleichen waren.

**Ribbert.**

---

3. **Prof. M. Rosenthal, Zur Characteristik der Myelitis und Tabes nach Lues.** (Sitzungsberichte k. k. Gesellschaft d. Aerzte. Wiener med. Blätter 1881. No. 2.)

R. fand unter 105 Tabesformen nur 19 mal anamnestisch secundäre Lues = 18 %. Von diesen 19 Kranken waren 10 nach der Syphiliskur Strapazen und Erkältungen ausgesetzt. „In 5 Fällen hatte Schmierkur merkliche Verschlimmernng der Tabes zur Folge.“ 5 Fälle von Myelitis und 7 Tabesformen nach Syphilis durch Monate und Jahre beobachtet liefern das Material zur Untersuchung der differenten characteristischen Merkmale vom klinischen Standpunkte aus; die pathologische Anatomie gibt keine positiven Merkmale für die specifische Degeneration des Hinterstrangs.

„In etwa fünf Fällen von luetischer Myelitis war unter dem Einfluss specifischer Behandlung eine stetige Reduction der abnorm erweiterten Gefühlskreise ästhesiometrisch zu constatiren, ebenso Erhaltung der electrocutanen und electromusculären Sensibilität. In gleicher Weise bildeten sich centrifugal die paraplektische Lähmung sowie die Sphincterenparalyse, der Decubitus und selbst psychische Störungen zurück. In zwei Fällen trat nahezu völlige Herstellung, in drei Fällen so hochgradige Besserung ein, wie sie bei der gewöhnlichen Myelitis nicht zu beobachten ist.

Dagegen war kein Einfluss specifischer Behandlung auf nach Lues eingetretene Tabes zu erlangen, wodurch auch klinischer Seits die Annahme einer specifischen, differenten Hinterstrangaffection zurückgewiesen würde. **Finkler.**

---



4. **Dr. Vallin, Un cas de lèpre hyperesthesique; Contagion probable.** Ein Fall von Lepra hyperästhetica; wahrscheinliche Ansteckung. (L'Union méd. Nr. 158. 1880.)

Der Fall betrifft einen 40jährigen Mann, geboren in Cayenne von französischer Familie, welche die Colonie nicht verlassen hatte und von jeder Kreuzung frei geblieben war. Keine luetische Belastung. Ausgezeichnete Gesundheit bis zum Jahre 1877, wo eine hartnäckige Febr. intermittens ihn zwang, einige Monate die Kolonie zu verlassen. Im Oktober 1879 wurde er in Cayenne ohne nachweisbare Ursache von heftigen Schmerzen in den unteren Extremitäten befallen, mit zunehmender progressiver Paralyse, und musste mehrere Monate das Bett hüten; dabei unregelmässiges Fieber. Ob es sich um Anfälle von Intermittens oder um einen symptomatischen febrilen Zustand mit einer Spinalaffektion handelte, war schwer zu entscheiden. Zu gleicher Zeit bestand eine Hautkrankheit. Nach einigen Monaten gingen alle Symptome zurück, doch blieb der Gang sehr behindert, wesshalb Patient im Jahre 1880 nach Frankreich ging. Tabes dorsalis wurde nach dem Gange und den nicht durch Augenschluss zunehmenden Coordinationsstörungen ausgeschlossen. Die Haut der beiden Unterextremitäten und besonders die Planta pedis war sehr hyperästhetisch, ebenso die Rumpfhaut, doch weniger als an den Extremitäten. Die Muskelkraft sehr abgeschwächt. Die Mm. interossei, des Thenars und Hypothenars und besonders die Adductores pollicis ansehnlich atrophisch, reagirten aber ziemlich auf den elektrischen Strom. Die Muskeln der Schulter und des Schulterblattes nicht merkbar atrophisch. Keine Gesichtsstörungen. Seit einem Jahre merkbare Abnahme der Geschlechtsfunktionen. Bei Druck keine Schmerzen an der Wirbelsäule. Vorläufige Diagnose: Myelitis centralis. Während der ersten Wochen im Krankenhause merkbare Zunahme der Hyperästhesie. In den Händen und Füssen bestehen spontane Schmerzen, welche dem Patienten lange Zeit den Schlaf raubten. Im Juni trat eine pruriginöse Affektion an den unteren Extremitäten, an der hinteren Seite der Arme und an den Vorderarmen auf, welche nach dem Gebrauch einiger Bäder verschwand. Einige Tage später entdeckte V. bei der Untersuchung der Sensibilität leichte papulöse, kupferrothe Flecken auf dem Stamm, welche rund, von der Grösse eines Zwei-Frankstückes waren. Der Kranke hatte diese Flecken schon früher gemerkt und gab an, dass diese vollkommen ähnlich wären denen, welche er im vorigen Jahre gehabt hätte, verbunden mit Fieber, Schmerzen und dem gelähmten Zustand der Beine. Im Rücken wurde ein ringförmiger, viel grösserer Flecken gefunden, ohne Zweifel älter; die periphere Zone war gelblich, ein wenig prominent, kleienartig und sehr empfindlich für Schmerz. Die Mitte war entfärbt, deprimirt, vollkommen anästhetisch. Nach einigen Wochen vergrösserten sich die anderen Flecken und wurden circinirt und im Centrum anästhetisch. Bei mehreren Flecken tritt die Anästhesie erst dann auf, nachdem das Centrum blass geworden und eingesunken ist. Gesicht, Stirn, Wangen, der Stamm, Vorderarm und Rückseite der Seiten bieten diese, für die Lepra charakteristischen Veränderungen dar. Das Volumen der Testes ist das dreifache. Sie sind hart, regelmässig rund, und ein ziemlich starker Druck verursacht keine Schmerzen. Kleine Quantität Serum



in der Tunica vaginalis, an einigen Stellen ist sie durchscheinend. In dieser Gegend keine Schmerzen. Pat. hat nach seinem Wissen niemals eine Hydrocele gehabt. Seit einem Monat hat er die Vergrösserung des Scrotums gespürt. Seit mehr als 6 Monaten sind die Erectionen vollkommen verschwunden. Appetit gut. Kein Eiweiss oder Zucker im Harn. Grosse interne Hämorrhoiden mit starkem Ausfluss.

Diagnose: Lepra, ungewöhnliche Form und Verlauf. Meistens ist sie begleitet von einer Anästhesie, welche sich nicht auf das Centrum der Flecken beschränkt, sondern den ganzen Körper befällt. Hier ist dagegen die Hyperästhesie sehr stark, ausgenommen in den centralen Theilen der Flecken. Diese hyperästhetische Form ist selten. Virchow u. A. haben gezeigt, dass auf der Höhe der Flecken die Nerven Sitz einer ansehnlichen Kernwucherung sind; wenn die Anästhesie die Folge des Druckes und der Zerstörung der Nerven ist, so ist es auch begreiflich, dass ein Vorgang der Irritation und Proliferation eine excessive Hyperästhesie derselben Nerven verursacht. Es ist wahrscheinlich, dass die Hyperästhesie bei diesen Kranken in eine allgemeine Anästhesie übergeht. Schon wurde auf der Rückenseite des Fusses ein anästhetischer Flecken gefunden, welcher früher nicht bestand.

Dasselbe gilt für die Hoden. Gewöhnlich atrophiren und schwinden die Hoden bei diesen Kranken. Es ist wahrscheinlich, dass die vorübergehende Anschwellung verursacht wird durch eine Kernwucherung, und einer atrophischen Cirrhose des Organes Platz machen wird.

Dieser Fall scheint eine Stütze zu geben für die Meinung derjenigen, welche die Lepra als eine primäre Affektion des Centralnervensystems und besonders des Rückenmarks betrachten.

Soweit man urtheilen kann, hat die Krankheit mit den Symptomen einer Myelitis acuta oder subacuta angefangen. Man könnte verführt werden, die leprösen Flecken näher mit den trophischen Störungen zusammen zu bringen, welche oft die Läsionen der vorderen oder centralen Stränge des Rückenmarks begleiten. Die frühe und manifeste Atrophie der Muskeln der Hand lassen hieran denken. Obendrein sind die genannten, für Lepra charakteristischen Flecken schon seit mehr als 6 Monaten verschwunden, während die nervösen Störungen seit dem ersten Paroxysmus im Jahre 1879 fortbestehen. Was den Bacillus Leprae betrifft, ist dieser nicht gesucht.

Aetiologisch hatte Niemand seiner Familie eine ähnliche Krankheit gehabt; doch hatte Pat. einen kleinen Neger, welcher im selben Hause mit seinen Kindern lebte, und ihn täglich bediente. Derselbe bekam vor zwei Jahren grosse, ringförmige, am Rande rothe und im Centrum blasse Flecken, schwere Schmerzen in den Füssen und Händen mit behindertem Gang. Nach einem Jahre verschwanden die Schmerzen der Extremitäten, die Enden der Finger ulcerirten und fielen ab. Tod durch Marasmus. Einige Monate nach dem Tode des Negers traten die ersten Symptome bei dem Pat. auf, welcher geneigt ist zu glauben, die Krankheit durch Ansteckung von dem Neger bekommen zu haben. Nähere Informationen hierüber fehlen.

[Was die Contagiosität der Lepra betrifft, siehe „C. L. Drognat-Landré, De besmettelykheid der Lepra Arabum, bewezen door de Geschiedenis dezer ziehte in Suriname. (Inaugural-Dissertation.)]

**Roux.**

---



5. **Simmonds, Ein parasitischer Steisszwilling.** (Virch. Arch. Bd. 82. S. 374.)

In der chirurgischen Klinik der Kieler Universität kam ein neunmonatliches Kind mit einer Steissgeschwulst zur Beobachtung, die seit der Geburt langsam gewachsen sein sollte. Es handelte sich um eine halbkugelige vom unteren Theile der Brustwirbelsäule zum Kreuzbein sich herabstreckende Geschwulst, deren oberer Theil fluctuirte und, wie sich vermuthen liess, einen Hydrorachissack darstellte. Die untere Hälfte bildete ebenfalls einen von derbem Bindegewebe umgebenen Sack, in welchem Darm, Hoden (Nieren?) und Harnblase lag. Letztere, bohnengross, mündete durch eine kurze Urethra nach aussen durch eine Oeffnung oberhalb eines kleinen mit Hodensack versehenen, undurchbohrten Penis an der linken Fläche der Geschwulst. Der ganze Tumor wurde von normaler Haut überzogen und an ihm nach unten hing eine verkümmerte Extremität mit 2 Zehen. Die aus Oberschenkel, Tibia, einigen knorpeligen formlosen Fussknochen und mehreren Phalangen bestehenden Knochen dieser Extremität, sassen an einer thalergrossen Knochenplatte, am unteren Rande der ganzen Geschwulst, die offenbar als Hüftgelenk aufzufassen war.

Ribbert.

---

6. **Dr. F. Penzoldt**, Privatdocent in Erlangen, **Ueber Thrombose (autochthone oder embolische) der Carotis.** (Deutsch. Arch. f. klin. Medicin. Bd. XXVIII. 1. Heft. S. 80—93.)

Ausser in Folge von chirurgischen Verletzungen oder Eingriffen entsteht Thrombose der Carotis am häufigsten dadurch, dass sich eine Thrombenbildung in aneurysmatischen Erweiterungen der grossen Gefässstämme, in die genannte Arterie fortsetzt. In seltenen Fällen kommt die Thrombose autochthon, in Folge von Endarteritis an Ort und Stelle zu Stande. Eine ächte Embolie scheint am seltensten zu sein und selbst die bis jetzt mitgetheilten hierauf bezüglichen Krankheitsfälle lassen auch eine andere Deutung der Thrombose zu.

Verf. theilt 2 Krankengeschichten nebst Sectionsbefund ausführlich mit:

I. Beobachtung. „Beginn der Erkrankung mit plötzlicher Sehstörung; Pulslosigkeit der rechten Carotis; später linksseitige Hemiplegie und Hemianaesthesie; im Laufe eines Jahres relative Besserung; dann zeitweise epileptiforme Anfälle und Wiederkehr der Lähmung.“ Bei dem 50jährigen Patienten ergab die Untersuchung im Leben niemals einen ausreichenden Anhaltspunkt zur Erklärung der Thrombose, da kein Aneurysma, kein Tumor zu finden war, nur hatte einmal am linken Unterschenkel ein varix geblutet und das linke Bein schwoll mehrere Male stark oedematös an.

Die Section ergab: Sehr geringes Atherom des arcus aortae. Haemorrhagische Herde der Leber mit Embolie der Pfortaderzweige. Grosse Infarcte der Milz und Thrombose der Arterie. Infarcte der Nieren. Thrombose der V. iliaca sin. Thrombose der rechten Carotis. Grosser Erweichungsherd der rechten Hirnhemisphäre. Die rechte Carotis entsprang aus dem Aortenbogen und war zu einem soliden Strang zu-



sammengeschrumpft. Der Thrombus reichte bis zum Abgang der carotis externa. Eine directe Ursache für die Thrombose liess sich nicht unzweifelhaft feststellen.

II. Beobachtung. 43jähr. Mann, schon lange Zeit geisteskrank (paralytisch) fällt plötzlich um ohne gelähmt zu sein, stirbt nach 2 Tagen. Es findet sich bei der Obduction: Mässige Arteriosclerose der aorta. Die linke carotis nur durch einen frischen Thrombus vollkommen verlegt; in der linken art. foss. Sylvii ein embolus. Erweichungsherd des linken Streifenhügels. Da bei dem noch frischen Falle jede Quelle embolischen Materials fehlte und wenigstens am Aortenbogen etwas Atherom zu constatiren war, so erscheint hier die Annahme einer autochthonen Thrombose sehr plausibel. Die Entstehung sei jedenfalls eine merkwürdige und daher das seltene Vorkommen derselben erklärlich. Verf. fand in der Literatur nur 5 Fälle (S. 89—90).

Die Befunde am Gehirn sind ausführlich mitgetheilt. Dergleichen schwere Hirnlaesionen sind nach der Ligatur der Arterie selten. Pilz fand in seiner Zusammenstellung von 520 Fällen, bei 32% leichte Gehirnerscheinungen, bei 8% Hemiplegie, bei 6% tödtlichen Ausgang. Hier lässt sich die Erklärung darin suchen, dass man entweder noch ganz kleine Embolien in der entsprechenden Gehirnhälfte annimmt oder man die Hirnerkrankung auf eine Ernährungsstörung zurückführt, die dadurch bedingt war, dass die sonst schnell erfolgende collaterale Blutversorgung durch andere Arterien vielleicht wegen ihrer anatomischen oder functionellen Veränderungen nicht möglich war.

Die plötzliche Aufhebung und bleibende Störung des Sehvermögens in Fall I wird nicht auf Embolie zurückgeführt, sondern auf Anaemie in Folge der dem Herzen näheren Thrombose, wie sie nach Ehrmann bei Ligatur der Carotis beobachtet wird. Der Grund, warum in dem mitgetheilten Falle auch das andere Auge im Sehvermögen gestört war, liegt wohl in der Einwirkung des Carotisverschlusses auf die Circulation der gleichseitigen Hirnhälfte.

Bartold.

---

7. **Brüninghausen, Ueber zwei Fälle von Anomalie der Pulmonalarterienklappen.** (Virch. Arch. Bd. 82. S. 200.)

Verf. beobachtete zweimal die Existenz von 4 Klappen an der Pulmonalis, einmal ohne Hypertrophie und Dilatation, einmal mit diesen Veränderungen des rechten Ventrikels. In beiden Fällen waren 3 Klappen gleich gross, die vierte etwa um die Hälfte kleiner. Stets waren sämmtliche Klappen gefenstert.

Ribbert.

---

8. **Prof. Dr. Ch. Bäumler, Ein weiterer Fall von hochgradiger Anaemie**, bei einem früheren Gotthardtunnelarbeiter mit Anchylostomum duodenale in den Darmausleerungen. (Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte 1881. No. 1.)

Ein sehr kräftig gebauter, wenig abgemagerter, 25jähr. Mann wurde am 20. Oct. 1880 wegen hochgradiger Anaemie in die Klinik

aufgenommen. Bis zum Mai immer gesund, bekam er nach 6wöchentlicher Arbeit im Gotthardtunnel (Göschenerseits) Schmerzen in der Magengegend, öfteres Erbrechen, häufige diarrhoische Entleerung und eine zunehmende Mattigkeit. Er wurde vergeblich behandelt; versuchte wieder zu arbeiten, musste aber wegen Schwäche davon abstehen.

Die Pylorusgegend des Magens war etwas druckempfindlich, sonst aber keine Beweise für ulcus rot. vorhanden. In den ziemlich reichlichen Schleimbeimengungen der Stühle fanden sich kleine Mengen rothen Blutes. Der Harn gab starke Indicanreaction, betrug bis 3000 Ccm in 24 Stunden und enthielt neben Spuren von Eiweiss, die bald verschwanden, Urate und Kalkoxalate. Der Augenhintergrund war unverändert, das Blut zeigte keine Abnormitäten. In den Schleimklümpchen der Stuhlentleerungen wurden zahlreiche grosse Charcot'sche Crystalle gefunden.

Durch den Aufsatz von Sonderegger (No. 20 des Correspondenzblattes) angeregt, untersuchte B. die Stühle auf Parasiten. Anfangs gelang es nur eine grosse Menge Eier zu finden, die zwar denen des Oxyuris vermic. ähnlich waren, aber keine Embryone enthielten. Obwohl dieselben andrerseits auch grössere Maasse ergaben, als Leuckart sie für die Anchylostomen angiebt, mussten sie doch für solche gehalten werden, da man niemals Oxyuris, wohl aber später mehrmals weibliche und männliche Anchylostomen in den Stühlen fand. Prof. Bozzolo in Turin hatte ebenfalls bei einem Arbeiter des Gotthardtunnels diese Parasiten gefunden und B. hält dieselben für die Ursache der Anaemie. R.

---

9. **Dr. M. Simmonds,** Kiel, **Ueber chronische interstitielle Erkrankungen der Leber.** (Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. XXVII. Heft 1 und 2, pag. 73.)

Bei der z. Z. herrschenden Unsicherheit über die Bedeutung der verschiedenen mit Bindegewebswucherung einhergehenden Veränderungen der Leber und ihre Beziehung zur eigentlichen Kirrhose, schlägt S. vor, drei durch verschiedenes anatomisches Verhalten charakterisirte Gruppen zu unterscheiden, und innerhalb dieser ätiologisch verschiedene Processe zu sondern.

I. Kirrhose. Diese Gruppe umfasst nur solche Formen, in denen die Bindegewebswucherung vorwiegend interlobulär verläuft, und frühzeitig Läppchen und Läppchencomplexe umschnürt. Uebergangsformen zur II. Gruppe (Induration) werden jedoch zugegeben. Nur bei ganz alten Kirrhosen setzt sich das interstitielle Bindegewebe scharf von den Läppchen ab, während gewöhnlich diese Abgrenzung sehr verwischt ist, da die zersprengten, theils isolirt, theils gruppenweise, theils reihenförmig angeordneten Leberzellen erst spät zu Grunde gehen. Den Kernreichthum des interlobulären Bindegewebes fand S. sehr erheblich. Auch die Menge der Capillaren bei jüngeren Kirrhosen ist gross, später atrophiren sie zum Theil, zum Theil erlangen sie eine beträchtliche Weite. Die interlobulären Gallengänge sind sehr vermehrt und stark geschlängelt, sie müssen nach S. zum Theil wegen der grossen Verschiedenheit von den normalen Gallenkanälchen als



Neubildungen aufgefasst werden. Dieselben atrophiren später vielfach wieder und erscheinen dann als solide Stränge. Die Entstehungsweise dieser Gänge zu erklären erscheint schwierig. Im Allgemeinen schliesst sich S. den Angaben von Kiener und Kelsch an, welche die neugebildeten Gänge in direktem Zusammenhang mit Leberläppchen stehen sahen. In einem mitgetheilten mikroskopischen Schnitt sieht man deutlich ausgebildete kernhaltige Epithelien direkt an guterhaltene mit Kern versehene Leberzellen grenzen (vgl. d. Orig.). Die Epithelien der neugebildeten Gänge leitet S. von einer Aussprossung der interlobulären Gänge längs der intralobulären Kanälchen her, und lässt es unentschieden, ob noch unabhängig von den intralobulären Kanälchen Gallengangsneubildung stattfinde. Die Leberzellen zeigen ausser der Atrophie verschiedenen Grades nur ein auffallendes Verhalten, nämlich den Reichthum an Gallefarbstoff. Wenn demnach auch eine initiale Vergrösserung der Leber, solange die Bindegewebswucherung die Atrophie der Läppchen übertrifft, ein nothwendiges Postulat ist, so wird doch die Compression der zuführenden Gefässe im Verein mit der narbigen Retraction des Bindegewebes, frühzeitig eine Verkleinerung der Leber erzielen. Doch fehlen auch Sectionsbefunde von Kirrhosen im Vergrösserungstadium nicht, und theilt Verf. einen diessbezüglichen Fall mit. Sehr häufig tritt das atrophische Stadium der Kirrhose bereits ein, bevor noch die Krankheit erhebliche Symptome geboten hat. Die von klinischer Seite betonte Vergrösserung der Leber im Anfangsstadium beruht nach S. zumeist auf Fettinfiltration. Eine Vergrösserung durch Amyloidentartung bei Kirrhose scheint sehr selten zu sein. Initiale Bindegewebswucherung, erhebliche Fettinfiltration und bedeutende Amyloidentartung sind also die drei Bedingungen, unter welchen vergrösserte kirrhotische Lebern beobachtet werden. Das neugebildete Bindegewebe leitet S. von dem Bindegewebe selbst her und zwar lässt er erst Protroplasma um die Kerne sich entwickeln, die Zelle nimmt dann spindelförmige Gestalt an, und wird endlich zur Faser. Später schwinden die Kerne, ob durch Druckatrophie, oder körnige Degeneration bleibt unentschieden.

II. Induration. Diese Gruppe zeichnet sich durch eine vorwiegend interlobuläre Bindegewebswucherung ohne Läppchenumschnürung aus. Hierher gehört eine ätiologisch unbestimmte Form, welche S. als einfache Induration bezeichnet, ferner die Induration neben Geschwülsten der Leber, nach anhaltender Stauung im Venensystem (atroph. Muscatleber), nach langedauernder Intermittens, endlich durch Gallenstauung. Die einfache Induration ist ein nicht seltener Nebenbefund bei Sectionen. Auch sie scheint dem Alkoholmissbrauch ihre Entstehung zu verdanken; gerade diese Lebern combiniren sich häufig mit bedeutender Fettinfiltration. S. glaubt, dass nicht der chronische Alcoholismus an sich die Kirrhose bedinge, sondern nur einen chron. entzündlichen Zustand der Leber, welcher zu jener eigenartigen Erkrankung besonders disponirt. Die Induration bei Neubildungen ist wahrscheinlich auf den chron. Druckreiz der Tumoren zurückzuführen und am bedeutendsten in der nächsten Umgebung derselben. Das Entstehen der Induration bei Gallenstauung wird auf den durch letztere hervorgerufenen eitrigen Katarrh der Gallenwege zurückgeführt, indem



die Entzündung früh auf die tieferen Schichten der Gallengänge übergreife und dadurch das umgebende Lebergewebe in einen entzündlichen Zustand versetze. (Charcot und Sombault.)

Die anatomischen Verhältnisse werden durch den Sectionsbefund eines typischen Falles dargestellt (vgl. d. Orig.). Interessant ist das Verhalten der kleinsten Gallengänge. Auf den meisten Schnitten findet man nämlich circumscripte von gut erhaltenen Läppchen begrenzte Bindegewebsherde, in welchen dicht nebeneinander liegend Quer- und Längsschnitte derselben in grosser Zahl (bis zu 100) hervortreten. An den Querschnitten ist das Lumen deutlich erkennbar, die Epithelien cubisch mit deutlichem Kern; das zwischen den Gängen liegende Bindegewebe reich an kleinen Kernen. In 12 Fällen konnte S. am Kaninchen durch Unterbindung des Ductus choledochus eine Hepatitis erzeugen, die anfangs nur das interlobuläre Gewebe betraf, dann aber bald auf das intralobuläre Gewebe übergriff und schon früh mit bedeutender Neubildung von Gallengängen sich combinirte. Fast immer fand er in solchen Lebern jene von Hamilton beschriebenen Vacuolen in sonst wohlerhaltenen, kernhaltigen Zellen, deren Bedeutung bis jetzt nicht erkannt ist. Die von Botkin und Solowieff zuerst aufgestellte und von den Franzosen lebhaft aufgenommene Ansicht, dass eine wahre Kirrhose in Folge von Pfortaderverschluss vorkomme, theilt S. nicht, sondern hält die dabei auftretenden Veränderungen für identisch mit der Altersatrophie der Leber.

III. Diffuse fibröse Hepatitis. Hierher gehören jene Formen, welche sich durch gleichmässige inter- und intralobuläre Bindegewebswucherung auszeichnen, vor Allem die syphilitische Hepatitis. Das mikroskopische Bild ist natürlich je nach dem Alter der Erkrankung verschieden. Im jüngsten Stadium findet man kleinkernige Infiltration des ganzen Lebergerüstes, besonders um die grossen Gefässe herum, ohne Vermehrung der Bindegewebsfasern. Später verlängern sich die Kerne und bilden langgezogene Spindelzellen, die endlich in Fasern übergehen. Die interlobuläre Bindegewebswucherung fällt besonders in die Augen, doch wird eine gleichzeitige intralobuläre Wucherung nicht vermisst. Bei noch weiterem Fortschreiten folgt eine völlige Durchwucherung der Leber, Trennung der einzelnen Leberzellen, und erhebliche Ernährungsstörungen. Das Bild des vorgeschrittenen Stadiums findet sich nur bei den Lebern Erwachsener. Es folgt der Sectionsbefund eines typischen Falles.

Die hypertrophische Kirrhose der französischen Autoren stellt nach S. kein einheitliches anatomisches Krankheitsbild dar, sondern verdankt offenbar ganz verschiedenen Prozessen ihr Entstehen.

Kopp (München).

---

10. **Bollinger, Ueber Kindermilch und über den Einfluss der Nahrung auf die Beschaffenheit der Kuhmilch.** (Deutsche Zeitschrift für Thiermedicin. Bd. 6. S. 271.)

Die Arbeit erscheint als Referat über zwei seitens der Münchener Molkereigesellschaft an den ärztlichen Verein München gestellte Fragen, deren erste lautete: „Welche Fütterungsweise für Milchkühe ist zur Lieferung von Kindermilch am empfehlenswerthesten?“ und wird dahin



beantwortet, dass die Trockenfütterung mit Heu, Grummet etc. sich am meisten empfehle, die Milch bei dieser Fütterungsweise zwar weniger reichlich, aber von besserer Qualität sei, als bei Weidenfütterung oder Stallfütterung mit frischem Gras etc. Die auf letztere Art gewonnene Milch ist erheblich billiger als die erste, und wäre daher für die ärmere Bevölkerungsklasse leichter zugänglich. Sie darf mit Vortheil jedoch nur dann benutzt werden, wenn die Cautelen bei der Fütterung befolgt sind, die bei Beantwortung der zweiten Frage aufgestellt werden. Diese lautete: „Welche Futtermittel sind für diesen Zweck als nachtheilig zu bezeichnen?“ Und hier wird hervorgehoben, „dass alle sauren, leicht gährenden und zur Säurebildung geeigneten, alkoholischen Rückstände der technischen Gewerbe, wie z. B. Branntweinschlempe, Biertreber, Abfallstoffe der Küche und Aehnliches“ zur Fütterung durchaus ungeeignet sind, eine für den Säugling geradezu schädliche Milch liefern. Bezüglich der Frage, ob es vortheilhaft ist, die einem Säugling zu verabreichende Milch stets nur von einer Kuh zu nehmen, geht aus der Arbeit hervor, dass noch mehr als dieser Modus sich die Beschaffung von Milch aus Molkereianstalten empfiehlt, in denen die Milch sämmtlicher Kühe zusammengemischt wird, wodurch ihre Beschaffenheit sich stets fast absolut gleich bleibt und auf welche Weise die Gefahr, die etwa durch andauernde Verabreichung von Milch perlsüchtiger Kühe entstehen könnte, wesentlich vermindert wird. Ribbert.

---

11. **Babinski, Observation d'un cas de Prurigo guéri par l'emploi des douches froides.** Ein Fall von Prurigo geheilt durch kalte Douchen. (L'Union méd. Nr. 167. 1880.)

Der Fall betrifft einen 19jährigen Mann mit Prurigo herpetica (Hebra). Nach vierwöchentlicher Anwendung der kalten Douche (en pluie et en cercle) konnte der Kranke als vollkommen normal betrachtet werden. Während dieser ganzen Zeit hat Patient täglich 6—10 mgr Natron arsen. in 3 Dosen (jede beim Essen) innerlich verbraucht.

Roux.

---

12. **Prof. J. Neumann,** Wien, **Ist die Prurigo des kindlichen Alters eine heilbare Krankheit?** (Wiener med. Blätter. 1880. No. 51.)

Entgegen der Ansicht mancher Anderer und spec. Hebra's, der behauptet, dass der Pruriginöse thun kann, was er will, sein Uebel verfolgt ihn bis zum Grabe, hat Neumann schon früher die These aufgestellt, dass bei Erwachsenen die Prurigo unheilbar, bei jungen Kindern hingegen eine nicht selten heilbare Krankheit ist. Die Krankheit kommt bereits im ersten Lebensjahre, ja schon in den ersten Lebensmonaten vor, und ist besonders characterisirt durch Vertheilung der Knötchen, deren Verlauf, die Infiltration der Umgebung, die Pigmentirung, die häufig vorkommenden Urticariaefflorescenzen, das intensive Jucken, Schlaflosigkeit, Recidive. Manche Aehnlichkeit mit Lichen urticatus. Nicht ein bestimmtes Lebensalter des Kindes ist für die Prognose massgebend, sondern die Form der Erkrankung, die Dauer, die Art der Therapie.

„Erscheint nämlich die Prurigo in Knötchenform selbst durch mehrere Jahre unter steten Recidiven, wird gegen diese fort und fort therapeutisch angekämpft, so dass hiedurch die wiederholten traumatischen Eingriffe von Seite des kratzenden Nagels thunlichst beschränkt werden, dann wird es nicht so leicht zu jenen secundären Veränderungen: derben Infiltrationen, diffuser Pigmentirung und Drüsenschwellung kommen.

Sind jedoch die erkrankten Individuen schlecht gepflegt, wird gegen die Erkrankung nicht weiter und consequent angekämpft, dann treten die secundären Veränderungen selbst schon in den ersten Lebensjahren auf, so die brettartige Spannung der Haut, kleienförmige Abschuppung der Epidermis, die Furchen und Linien, namentlich am Fussrücken, sind tiefer geworden, die Crural- und Inguinaldrüsen sind vergrössert, dann ist selbst in dem frühesten Alter von einer Heilung keine Rede mehr. Von solchen Kindern kann man dann mit Hebra sagen, ihre Prurigo begleitet sie bis ins Grab."

In allen Fällen von Prurigo Erwachsener hat N. nicht eine einzige Heilung gesehen. N. hat zwar auch von Pilocarpin zu je 0,02 pro injectione günstigen Einfluss auf die Besserung gesehen, beklagt aber die so unangenehmen Nebenwirkungen wie Speichelfluss, Schleimsecretion, Magenbeschwerden, und zieht deshalb Einpackungen und Dampfbäder vor. Beschleunigung der Regeneration der Haare hat N. durch Pilocarpin nicht erreichen können. Finkler.

---

13. **Prof. E. Hagenbach,** Basel, **Therapeutisches aus der Kinderpraxis, im spec. über Anwendung von Chininum tannicum.** (Correspondenzblatt für schweiz. Aerzte, Jahrg. XI. 1881.)

Mit Rücksicht auf eine in Basel sich zur Zeit anscheinend entwickelnde Keuchhusten-Epidemie bespricht der Verfasser die neuesten Arbeiten, die auf das Wesen des Keuchhustens Bezug haben und schliesst daran eine Kritik der zur Bekämpfung dieser Krankheit angewendeten Mittel. Die Anschauungen über das Wesen und den Sitz des Keuchhustens gehen noch immer so weit auseinander, dass es nicht möglich ist danach die Mittel auszuwählen, vielmehr ist man gezwungen, bis auf weiteres mehr empirisch vorzugehen. Die in den letzten vier Jahren gemachten Veröffentlichungen über Behandlung des Keuchhustens haben folgende Mittel therapeutisch verwerthet: Chininum sulfuricum, Chloral, Carbolsäure, Terpentinöl, Butylchloral, Salicylsäure, Petroleum, phenyls. Natron, baldriansauer Caffein, Chloroforminhalationen, Propylamin, Tinct. myrrhae, Ammonium picrinicum, Aetherzerstäubungen, Natr. salicylicum, Brom-Kalium, Tinct. Bryoniae, Tinct. Drosereae, tanninsaures Chinin und oxalsaures Ceriumoxyd. Diese grosse Zahl von Mitteln, den verschiedensten Abschnitten der materia medica entnommen, mag den Beweis neuerdings liefern, dass ein Specificum gegen den Keuchhusten noch nicht gefunden ist. Verfasser hat von diesen Mitteln, die in chronologischer Reihenfolge angeführt sind, eine Anzahl versucht, welche ihm von wirklichem Werth zu sein schienen.

Er stellt die Anwendung des Chinins in der Behandlung der Tussis convulsiva oben an. Einblasungen von Chininum sulfuricum in



den Kehlkopf haben in einer grossen Zahl von Fällen sehr befriedigende Resultate ergeben, wenn auch in einzelnen Fällen kein Erfolg zu bemerken war. Die Application des Mittels muss vom Arzte selbst besorgt werden. Abtretung derselben an die Mutter oder Pflegerin kann das Mittel nur in Misskredit bringen. Die günstige Wirkung sorgfältiger Insulationen würde für eine Localerkrankung der Kehlkopfschleimhaut sprechen. Chinin ist aber auch bei innerlicher Darreichung ein die Krankheit milderndes und abkürzendes Mittel. Steffen, Binz und zuletzt Rossbach haben von Chininum sulfuricum in grossen Dosen gute Erfolge gehabt. Noch unentschieden bleibt, ob das Mittel pilztödtend bei Annahme einer allgemeinen Infektion, oder reflexvermindernd wirkt. Bromkalium, Chloral, Carbolsäure, Natr. salic. in den verschiedenen Anwendungsweisen liessen zeitweise Erfolge erkennen, jedoch kehrt Verfasser immer wieder zu Chinin in irgend einer Form zurück.

Um nun die mit der Anwendung dieses Mittels in der Kinderpraxis bekannten Uebelstände zu umgehen, wurde das Chinintannat. (Becker Versuche und Beobachtungen über die Anwendung des jodsauren Chinins Rom 1879; das Chinintannat. in der Praxis. Berl. klin. Wochenschrift 1880. Nr. 6) einer genauen Prüfung unterzogen und konnte das von Becker ausgesagte im Wesentlichen bestätigt werden.

Das Mittel wurde im Beginne des Keuchhustens bei Kindern verschiedenen Alters und zwar 2 mal täglich so viel Decigramm als das Kind Jahre hat angewandt, dieselbe Dose also, welche Binz für Chininum sulfuricum vorschlägt. Die Heftigkeit und Zahl der Anfälle nahm in wenigen Tagen ab und namentlich liess das Erbrechen ab. Beim Stadium catarrhale angewandt, wurde das Krampfstadium gleichsam im Keime erstickt. Verabreichung am besten in Zuckerwasser. In ausgedehnterem Maasse wurde Chininum tannicum als Antipyreticum bei 15 Typhen, 10 Scharlachfällen, 10 Pneumomien, vereinzelt bei Phtisis und Erysipel angewandt.

Das Mittel wurde hier wie folgt, dosirt:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Kinder | von | 0— 1 | Jahr | 1,0 |
| „ | „ | 1— 3 | „ | 1,5—2,0 |
| „ | „ | 3— 5 | „ | 2,0 |
| „ | „ | 5—10 | „ | 3,0—4,0 |
| „ | „ | 10—15 | „ | 4,0 |

Die ganze Dosis auf ein mal oder in zwei malen mit 1/2 Stunde Pause und glaubt Verfasser, wenn nöthig, ohne Nachtheil noch grössere Dosen verwenden zu können. Bald nachher wird etwas Alcohol in irgend einer Form behufs schnellerer Resorption des Mittels gegeben.

Verfasser rühmt die antipyretische Wirkung, die geringfügigen Erscheinungen seitens des Nervensystems und eine im Gegensatz zu anderen Chininpräparaten entschieden günstige Wirkung auf den Verdauungstraktus. Er gedenkt das gesammelte Material noch in extenso zu veröffentlichen und glaubt dass auch bei Erwachsenen, wenn Widerwille gegen die anderen Antipyretiça im Verlauf der Krankheit eintritt, und um die grösseren Salicyldosen zu vermeiden, das Mittel mit Erfolg wird angewandt werden können. Kochs.

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.



Erscheint wöchentlich.
Jeder Jahrgang umfasst
52 Bogen nebst Titel
und Register.

# Centralblatt
für
# KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M.,
zu beziehen durch alle
Buchhandlungen und
Postanstalten.

Redigirt von

**Dr. H. Rühle,** Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.
und
**Dr. D. Finkler,** Privatdocent und Assistent an der medicin. Klinik in Bonn.

**1881.** **29. Januar.** **Nro. 44.**

**Inhalt.** Referate: 1. **Jalan de la Croix**, Das Verhalten der Bakterien des Fleischwassers gegen einige Antiseptica. — 2. **Boyer**, Notice sur le traitement abortif et curatif de la variole. — 3. **Bouilly**, De la fièvre de croissance des enfants et des adolescents. — 4. **Delmas**, Contribution à l'étude des localisations cérébrales. — 5. **Richer**, Des zones hystérogènes; resumé d'une leçon de M. Charcot. — 6. **Zuber**, Note sur le coup de chaleur. — 7. **Witkowski**, Zur Nervendehnung. — 8. **Blondeau**, De l'élongation des nerfs chez les ataxiques comme traitement des douleurs fulgurantes. — 9. **d'Olier**, De l'élongation des nerfs dans l'ataxie locomotrice. — 10. **Moure**, Tumeur kystique occupant la face linguale de l'épiglotte. — 11. **Chiari**, Ueber einen Fall von spontaner Zerreissung des Magens. — 12. **Hofmann**, Rupturen der Magenwand. — 13. **Leven**, Nephrite parenchymateuse; urémie; injections de nitrate de pilocarpine, guérison. — 14. **Chew**, Opium Narcosis in an Infant six weeks old. Recovery under the use of Belladonna. — 15. **Schulz**, Weiterer Beitrag zur Theorie der Arsenwirkung. — 16. **Dujardin-Beaumetz**, Inhalations de nitrite d'amyle dans les Affections aortiques.

1. **Jalan de la Croix, Das Verhalten der Bacterien des Fleischwassers gegen einige Antiseptica.** (Archiv f. experimentelle Pathologie und Pharmakologie Bd. XIII. S. 175—255.)

Das Fleischwasser, dargestellt durch Uebergiessen von 1 Gramm fettfreiem, feingeschabtem Fleisch mit 40 Ccm destillirtem Wasser ist eine Flüssigkeit, die sowohl aus der Luft wie auch von anderem Nährboden her mit Leichtigkeit inficirt werden kann und den in sie gelangten Bacterien die Möglichkeit zur Erlangung der weitgehendsten Ausbildung in der Form gibt. Verf. benutzte dieses Medium um bei einer grösseren Reihe antiseptisch wirkender Stoffe zu erfahren:

welches die kleinste Dosis des jedesmal gewählten Antisepticums sei, mit der die Entwicklung von Bacterien in frisch inficirtem Fleischwasser verhindert werden könne, —

welche Dosis die in lebhaftester Vegetation befindlichen Bacterien tödte oder lähme, — bei welcher Concentration eines Antisepticums sich die in gekochtes Fleischwasser aus der Luft hereinfallenden Bacterien nicht mehr entwickeln könnten und endlich — diese letztere Versuchsreihe auch mit ungekochtem Fleischwasser angestellt —, um zu eruiren, in wiefern das Kochen des Fleischwassers die nachherige Bacterienentwickelung beeinflusse.

Die Resultate, welche Verf. erhielt, waren:

Sublimat verhindert in einer Verdünnung von 1 : 25250 die Bacterienentwicklung in frisch inficirter Nährflüssigkeit, noch nicht bei 1 : 50250. Eine Verdünnung von 1 : 10250 hob das Fortpflanzungsvermögen der Bacterien völlig auf, eine von 1 : 12750 noch nicht. Um in Fleischwasser entwickelte Bacterien zu tödten reichte eine Verdünnung von 1 : 5805 hin, eine von 1 : 6500 erwies sich als nicht dazu fähig. Das Fortpflanzungsvermögen solcher Bacterien zu zerstören gelang mit einer Verdünnung von 1 : 1250, nicht mit 1 : 5250.

Die Entwicklung in gekochtes Fleischwasser frei hineinfallender Bacterienkeime verhinderte Sublimat in einer Verdünnung von 1 : 10250, nicht im Verhältniss von 1 : 12750; das Fortpflanzungsvermögen wurde aufgehoben bei dem Verhältniss von 1 : 6500, noch nicht bei 1 : 10250. — Hierbei machte Verf. die Beobachtung, dass in den unverschlossen stehenden Gefässen sich Schimmel entwickelte und zwar trat die Schimmelbildung in dem Glase am frühesten auf, welches mit einer so hohen Dosis des Sublimat versehen war, dass sich keine Bacterien darin entwickelt hatten.

Wurde statt gekochten Fleischwassers ungekochtes genommen, so musste eine Verdünnung von 1 : 7168 angewandt werden, um die in dasselbe hineinfallenden Keime an ihrer Weiterentwickelung zu hindern, bei 1 : 8358 gelang dieses noch nicht. Das Fortpflanzungsvermögen wurde aufgehoben bei einer Verdünnung von 1 : 2525, noch nicht bei 1 : 3358.

Salicylsäure verhindert bei 1 : 1003 die Bacterienentwicklung im frisch inficirten Fleischwasser, bei 1 : 1121 noch nicht, und hebt bei 1 : 343 das Fortpflanzungsvermögen solcher Bacterien völlig auf. Eine Verdünnung von 1 : 454 genügt dazu nicht. Um in Fleischwasser gezogene Bacterien zu tödten war das Verhältniss 1 : 60 nöthig, 1 : 78 reichte nicht hin. Selbst eine Concentration von 1 : 35 genügte nicht, das Fortpflanzungsvermögen dieser Bacterien zu zerstören.

Die Entwicklung in gekochtes Fleischwasser hineinfallender Keime verhinderte Salicylsäure im Verhältniss von 1 : 3003, nicht in Verdünnung von 1 : 6003. Das Fortpflanzungsvermögen wurde sistirt bei 1 : 603, nicht bei 1 : 1003.

In Verdünnung von 1 : 1121 wurde die Entwicklung in nicht gekochte Flüssigkeit gerathener Keime verhindert, noch nicht bei 1 : 1677. Das Fortpflanzungsvermögen erlosch bei 1 : 343, noch nicht bei 1 : 450.

Aluminiumacetat. Die essigsaure Thonerde verhindert in Verdünnung von 1 : 4268 die Bacterienentwicklung in frisch inficirter Flüssigkeit, bei 1 : 5435 noch nicht. Das Fortpflanzungsvermögen zerstört sie bei 1 : 59, dagegen noch nicht bei 1 : 80.

Entwickelte Bacterien gehen bei Verwendung einer Lösung von 1 : 427 zu Grunde, bei 1 : 835 noch nicht, 1 : 64 hebt die Fortpflanzungsfähigkeit solcher Bacterien auf, 1 : 92 genügt dazu nicht. — Die Weiterentwicklung in gekochtes Fleischwasser frei hineinfallender Keime hemmt das Aluminiumacetat in der Verdünnung von 1 : 4268, noch nicht bei 1 : 4778. Das Fortpflanzungsvermögen wurde aufgehoben bei 1 : 937, noch nicht bei 1 : 1244. Werden dieselben Versuche mit ungekochtem Fleischwasser gemacht, so verhinderte die Entwicklung der



Keime eine Verdünnung von 1 : 6310, noch nicht eine von 1 : 7535. Die Fortpflanzungsfähigkeit erlosch bei 1 : 478, noch nicht bei 1 : 584.

Borsalicylsaures Natron verhinderte in Verdünnung von 1 : 2860 die Entwicklung neugesäeter Bacterien, noch nicht bei 1 : 3777, und hob das Fortpflanzungsvermögen derselben auf bei 1 : 303, noch nicht dagegen bei 1 : 394. Entwickelte Bacterien starben bei einer Verdünnung von 1 : 72, nicht bei 1 : 110; ihre Fähigkeit sich fortzupflanzen wird zerstört bei 1 : 30, noch nicht bei 1 : 50. Solche Keime, die in gekochtes Fleischwasser fielen, wurden in ihrer Weiterentwicklung gehemmt bei einer Verdünnung des borsalicylsauren Natron von 1 : 1343, nicht bei 1 : 1694. Ihr Fortpflanzungsvermögen erlosch bei 1 : 35, nicht bei 1 : 50.

In nicht gekochtes Fleischwasser gefallene Bacterienkeime kamen bei einer Verdünnung von 1 : 2860 nicht zur Entwicklung, 1 : 3777 hob die Weiterentwicklung noch nicht auf. Das Fortpflanzungsvermögen wurde zerstört bei 1 : 35, noch nicht bei 1 : 50.

Natron biboracicum. Borax verhinderte in Verdünnung von 1 : 62 die Entwicklung frisch in Fleischwasser gesetzter Bacterien, noch nicht bei 1 : 77; und zeigte sich bei 1 : 14 noch nicht im Stande, das Fortpflanzungsvermögen derselben aufzuheben. Entwickelte Bacterien tödtete Borax bei einer Verdünnung von 1 : 48, nicht bei 1 : 69. Das Fortpflanzungsvermögen blieb sogar bei 1 : 12 noch bestehen. 1 : 30 verhinderte die Entwicklung in gekochtes Fleischwasser gefallener Bacterien, 1 : 43 nicht. 1 : 14 genügte noch nicht, die Fortpflanzungsfähigkeit aufzuheben. In Verdünnung von 1 : 107 hinderte Borax die Entwicklung der in die ungekochte Nährflüssigkeit gefallenen Keime, bei 1 : 161 dagegen noch nicht. Das Fortpflanzungsvermögen blieb bei 1 : 37 noch bestehen.

Alkohol. Die Entwicklung neu ausgesäeter Bacterien verhinderte Alkohol in Verdünnung von 1 : 21,34, nicht bei 1 : 34,89; um die Fortpflanzungsfähigkeit aufzuheben war ein Verhältniss von 1 : 4,4 nöthig, 1 : 7,79 langte nicht hin. Entwickelte Bacterien starben bei 1 : 4,4, dagegen noch nicht bei 1 : 6,09. Ihre Kraft sich fortzupflanzen blieb noch bei einem Verhältniss von 1 : 1,18 bestehen. 1 : 11,18 verhinderte die Entwicklung von Bacterien in gekochtem Fleischwasser, 1 : 21,34 in ungekochtem; die Fortpflanzungsfähigkeit im ersteren Falle wurde zerstört von 1 : 1,77, im zweiten Fall genügte selbst 1 : 1,42 noch nicht dazu.

Chloroform verhinderte im Verhältniss von 1 : 89,5 die Entwicklung von frisch in das Fleischwasser gebrachten Bacterien, bei 1 : 111,7 noch nicht. Das Fortpflanzungsvermögen bleibt selbst bei 1 : 0,8 noch bestehen. Entwickelte Bacterien werden getödtet von 1 : 111,7, von 1 : 134 noch nicht. Für das Fortpflanzungsvermögen gilt das eben Angeführte. In ungekochtes Fleischwasser fallende Bacterienkeime entwickelten sich nicht weiter bei Anwendung von 1 : 103, ihre Fähigkeit sich fortzupflanzen wurde noch bei 1 : 1,22 constatirt. —

Carbolsäure lässt im Verhältniss 1 : 669 die weitere Entwicklung frischer Infection nicht aufkommen, 1 : 1002 ist zu schwach dazu. Das Fortpflanzungsvermögen der neu ausgesäeten Bacterien erlischt bei einer Verdünnung von 1 : 22, nicht bei 1 : 42. Das Verhältniss



1 : 42 genügte noch nicht, entwickelte Bacterien in Ruhezustand zu versetzen, erst bei 1 : 22 wurde dies erreicht. 1 : 4 liess das Fortpflanzungsvermögen derselben intact, 1 : 2,66 hob es auf. Neuentwicklung von Bacterien in gekochter Nährflüssigkeit kam nicht zu Stande bei 1 : 402, wohl noch bei 1 : 502. Dagegen genügte letzteres Verhältniss bei nichtgekochtem Fleischwasser, während sich bei diesem 1 : 669 unkräftig erwies. Im ersteren Falle ging die Fähigkeit der Bacterien sich fortzupflanzen verloren bei 1 : 22 (bei 1 : 42 nicht), im letzteren blieb sie noch bei 1 : 10 bestehen.

Unterchlorigsaurer Kalk. Eine Verdünnung desselben gleich 1 : 11135 hinderte die Weiterentwicklung frisch eingebrachter Bacterien, 1 : 13092 zeigte sich zu schwach dazu. Das Fortpflanzungsvermögen wurde sistirt bei 1 : 488, noch nicht bei 1 : 678. Entwickelte Bacterien wurden bewegungslos bei 1 : 3720, noch nicht bei 1 : 4460, ihre Fortpflanzungsfähigkeit wurde bei 1 : 170 zerstört, nicht bei 1 : 258. Zur Verhinderung der Weiterentwicklung in gekochtes Fleischwasser gefallener Keime genügte 1 : 3148, bei ungekochter Nährflüssigkeit war ein Verhältniss von 1 : 286 zum selben Zwecke nothwendig. Das Fortpflanzungsvermögen ging im ersteren Falle bei 1 : 109, im zweiten bei 1 : 153 zu Grunde.

Thymol verhinderte in Verdünnung von 1 : 1340 die Entwicklung der Fleischwasserbacterien, bei 1 : 2229 noch nicht. Zur Aufhebung des Fortpflanzungsvermögens war 1 : 109 nöthig, 1 : 212 leistete das Gewünschte nicht. Diese zwei letztgenannten Werthe gelten auch für die Fähigkeit des Thymol, entwickelte Bacterien zu lähmen, die Fortpflanzungskraft derselben erlischt bei 1 : 20, bei 1 : 36 noch nicht. Für in gekochte und nicht gekochte Flüssigkeit gefallene Keime gelten hinsichtlich der Weiterentwicklung derselben die gleichen Zahlen, 1 : 1340 hebt dieselbe auf, 1 : 2229 aber noch nicht. Dagegen wird das Fortpflanzungsvermögen in gekochter Nährflüssigkeit schon bei 1 : 109 aufgehoben, bei nicht gekochter dagegen erst bei 1 : 20.

Schweflige Säure. In Verdünnung von 1 : 6448 verhinderte dieselbe noch die Entwicklung von Bacterien, bei 1 : 8515 verlor sie diese Fähigkeit; das Fortpflanzungsvermögen zerstörte sie bei 1 : 135, liess dasselbe intact bei 1 : 223. 1 : 2009 genügte, entwickelte Bacterien bewegungslos zu machen, dasselbe gelang nicht bei 1 : 4985. Das Fortpflanzungsvermögen derselben zerstörte sie bei 1 : 190, nicht mehr bei 1 : 273.

Die Entwicklung von Keimen in gekochtem Fleischwasser verhinderte die schweflige Säure noch bei 1 : 8515, nicht bei 1 : 12649, während diese letztere Verdünnung bei ungekochter Flüssigkeit genügte. Im ersteren Fall wurde die Fortpflanzungsfähigkeit zerstört von 1 : 325, in zweiten von 1 : 135.

Senföl liess bei 1 : 3353 die Bacterienentwicklung nicht aufkommen und zerstörte deren Fortpflanzungsvermögen bei 1 : 220. Entwickelte Bacterien waren leblos bei 1 : 591, während die Fortpflanzungsfähigkeit derselben erst bei 1 : 28 beseitigt wurde. Das Entstehen von Bacterien in gekochtem und nicht gekochtem Fleischwasser verhinderte das Senföl in einer Verdünnung von 1 : 3353, dagegen nicht mehr bei 1 : 5734. Dort erlosch das Fortpflanzungsvermögen bei 1 : 77, hier bei 1 : 40, während 1 : 108 resp. 1 : 60 dasselbe nicht alterirten.





Eucalyptol verhinderte in Verdünnung von 1 : 14 die Entwicklung von Fleischwasserbacterien, nicht bei 1 : 20. Das Fortpflanzungsvermögen blieb noch bei 1 : 2,03 bestehen. Um entwickelte Bacterien zu lähmen war 1 : 116 nothwendig, 1 : 205 leistete nichts. Das Fortpflanzungsvermögen blieb noch bei 1 : 5,83 bestehen. 1 : 20 verhinderte die Weiterentwicklung von Keimen in gekochtem Fleischwasser, 1 : 29 noch nicht. Die Fortpflanzungsfähigkeit blieb noch bei 1 : 14 bestehen. Bei ungekochtem Fleischwasser genügte dagegen 1 : 205 zur Verhütung der Bacterienentwicklung, 1 : 308 noch nicht. Die Vermehrungsfähigkeit bestand noch bei 1 : 30. —

Schwefelsäure. In Verdünnung von 1 : 5734 verhinderte sie die Entwicklung von Bacterien, bei 1 : 8020 noch nicht. Das Fortpflanzungsvermögen zerstörte sie bei 1 : 205, bei 1 : 306 nicht mehr. Um entwickelte Bacterien bewegungslos zu machen genügte 1 : 2020, 1 : 3353 leistete das nicht mehr. Die Fähigkeit der Vermehrung entwickelter Bacterien erlosch bei 1 : 116, noch nicht bei 1 : 205. Die Entwicklung in gekochtem Fleischwasser verhinderte die Schwefelsäure bei 1 : 5734, während bei ungekochter Flüssigkeit 1 : 3353 dazu nothwendig waren. Die Fortpflanzungsfähigkeit wurde im ersteren Falle aufgehoben bei 1 : 306, im zweiten bei 1 : 72.

Benzoesäure liess bei 1 : 2867 die Entwicklung der Bacterien nicht zu Stande kommen, während 1 : 4020 sich dafür zu schwach erwies. Das Vermehrungsvermögen hob sie bei 1 : 50 auf, nicht mehr bei 1 : 77. Entwickelte Bacterien lähmte sie in der Verdünnung von 1 : 410, bei 1 : 510 noch nicht, und zerstörte ihre Fortpflanzungsfähigkeit bei 1 : 121, nicht mehr bei 1 : 210. In Verdünnung von 1 : 2877 hinderte sie die Bacterienentwicklung in gekochtem, bei 1 : 1439 in ungekochtem Fleischwasser, dort genügte zum Aufheben des Fortpflanzungsvermögens 1 : 50, hier 1 : 77.

Pikrinsäure zeigte sich in Verdünnung von 1 : 2005 noch wirksam gegen Weiterentwicklung von Bacterien, bei 1 : 3041 nicht mehr. Die Vermehrungsfähigkeit derselben zerstörte sie bei 1 : 706, bei 1 : 841 noch nicht. Um entwickelte Bacterien bewegungslos zu machen war das Verhältniss 1 : 1001 nöthig, 1 : 1433 zeigte sich noch zu schwach. Das Fortpflanzungsvermögen erlosch bei 1 : 150, dagegen noch nicht bei 1 : 200. Dieselbe Verdünnung, welche die Weiterentwicklung verhinderte, genügte auch bei den Versuchen mit offen stehendem gekochtem und ungekochtem Fleischwasser. Bei gekochtem Fleischwasser hob die Säure die Vermehrungskraft auf bei 1 : 200, im ungekochten bei 1 : 100.

Chlor. Das Chlor in wässriger Lösung verhinderte in einer Verdünnung von 1 : 30208 die Bacterienentwicklung. 1 : 37649 zeigte sich unwirksam. Das Fortpflanzungsvermögen zerstörte es bei 1 : 4911, nicht mehr bei 1 : 6824. Völlig entwickelte Bacterien tödtete Chlor in Verdünnung von 1 : 22768, und hob ihre Fähigkeit, sich zu vermehren auf bei 1 : 431. In Verdünnung von 1 : 28881 verhinderte das Chlor in gekochter Flüssigkeit die Bacterienentwicklung, bei 1 : 15606 in ungekochter, und zerstörte die Vermehrungskraft im ersteren Falle bei 1 : 1008, im letzteren bei 1 : 1061.

Brom verhinderte (gleichfalls in wässriger Lösung) in Verdün-

nung von 1 : 6308 die Bacterienentwicklung, bei 1 : 1844 noch nicht. Das Fortpflanzungsvermögen der frisch verpflanzten Bacterien zerstörte es bei 1 : 769, dagegen nicht mehr bei 1 : 1912. Ausgebildete Bacterien tödtete Brom bei 1 : 2550, bei 1 : 4050 nicht. Ihre Vermehrungsfähigkeit zerstört es bei 1 : 336, dagegen noch nicht bei 1 : 550. Bei gekochtem Fleischwasser verhinderte Brom in der Verdünnung von 1 : 13931 die Entwicklung der hineingefallenen Bacterienkeime und hob ihr Fortpflanzungsvermögen bei 1 : 493 auf, während dazu bei nicht gekochtem Fleischwasser die Verhältnisse von 1 : 5597 beziehentlich 1 : 875 sich günstig erwiesen.

Jod zeigte sich in seiner Kraft, die Weiterentwicklung von Fleischwasserbacterien zu inhibiren schwächer wie das Brom, es leistete in der Verdünnung von 1 : 5020 das Verlangte, nicht bei 1 : 6687. Um die entwickelten Organismen regungslos zu machen war eine Verdünnung von 1 : 1548 hinreichend, 1 : 2010 erwies sich als zu schwach. Das Fortpflanzungsvermögen wurde unter denselben Umständen von einer Verdünnung 1 : 410 zerstört. Bei nicht gekochtem Fleischwasser verhinderte Jod die Bacterienentwicklung in Verdünnung von 1 : 2010, bei gekochtem in der Verdünnung von 1 : 10020. Im letzteren Falle hob es die Fortpflanzungsfähigkeit auf bei 1 : 510, im ersteren bei 1 : 843.

Kali hypermanganicum verhinderte bei 1 : 1001 die Entwicklung von Fleischbacterien, hob deren Vermehrungsfähigkeit auf bei 1 : 100 und vermochte bei 1 : 150 sowohl entwickelte Bacterien zu tödten wie auch deren Fortpflanzung unmöglich zu machen. Bei den Versuchen mit gekochtem und nicht gekochtem Fleischwasser ergab sich, dass das Kali hypermanganicum bei 1 : 300 in ungekochter Flüssigkeit die Bacterienentwicklung hemmt, bei 1 : 403 noch nicht und unter derselben Bedingung das Fortpflanzungsvermögen bei 1 : 35 aufhebt (noch nicht bei 1 : 50). In gekochtem Fleischwasser ergaben sich für dieselben Zwecke die Zahlenwerthe 1 : 2005 (noch nicht bei 1 : 3041) beziehentlich 1 : 101 (noch nicht bei (1 : 150).

Chlorsaures Kali vermochte in der Verdünnung von 1 : 30 nicht die Entwicklung der Bacterien zu verhindern; die Entwicklung in ungekochtes Fleischwasser gefallener Keime sogar nicht einmal in einer Verdünnung von 1 : 13.

Aus diesen Versuchen ergibt sich hinsichtlich der verschiedenen Concentrationsstufen, die in den einzelnen Fällen von jedem einzelnen Antisepticum anzuwenden waren, dass die stärkste Concentration nöthig wurde wenn es darauf ankam, das Fortpflanzungsvermögen schon entwickelter Bacterien aufzuheben. Dann folgten die Concentrationen welche gefordert wurden, um in ungekochtes Fleischwasser gefallene Keime entwicklungsunfähig zu machen. Am schwächsten waren die Concentrationen, bei welchen frisch übertragenes Bacterienmaterial und in gekochtes Fleischwasser gefallene Keime vernichtet wurden.

Schliesslich spricht Verf. noch die Ansicht aus, dass das Verhalten der Antiseptica gegen Bacterien mehr durch deren Nährboden als durch die specifische Bacterienart beeinflusst werde.

Schulz.

---





2. **Dr. L. Boyer, Notice sur le traitement abortif et curatif de la variole.** Notiz über ein Abortiv- und Heilverfahren der Variola. (Ref. aus dem Journal de therapeutique de A. Gubler. 25. Dezember 1880.) (L'Un. méd. No. 9. 1881.)

Zwanzig Fälle von Variola, welche B. als eine rein zymotische Krankheit auffasst, wurden mit Acid. salicylicum behandelt. Die Resultate waren: Eruption mehr discret, Febris supporatoria immer gemässigt und meistens nicht vorhanden, Papulae oder Pustulae weniger voluminös und purulent, bei den Variolae confluentes die allgemeinen Erscheinungen weniger alarmirend, selbst unbedeutend, Complicationen äusserst selten; Dauer der Krankheit ansehnlich verkürzt; gewöhnlich keine Narben im Gesicht; Convalescenz schnell.

Roux.

---

3. **Dr. Bouilly, De la fièvre de croissance des enfants et des adolescents.** Ueber das Wachsthumsfieber der Kinder und Jünglinge. (Gaz. méd. 21. Paris, 1880.)

Dr. B. stellt als Resultat seiner Beobachtungen und Studien folgende Sätze auf:

1) Es können bei jugendlichen Individuen Fieber vorkommen, denen congestive Wachsthumsvorgänge in der Nachbarschaft der Gelenke, in der epiphysären Zone zu Grunde liegen.

2) Diese Wachsthumsvorgänge können auch fieberlos sein und sich nur durch Schmerz und Zunahme der Körperlänge äussern.

3) Es ist dies der gelindeste Grad von Osteomyelitis der Kinder und Jünglinge, der juxta-epiphysären Ostitis Gosselin's.

Velten (Antwerpen).

---

4. **L. Delmas, Contribution à l'étude des localisations cérébrales.** Beitrag zur Lehre der Lokalisation im Gehirn. (L'Union médic. Nr. 9. 1881.)

Pat. bekam mit einem Stocke einen Schlag auf die linke Seite des Kopfes, dessen Gewalt durch die Kopfbedeckung so vermindert wurde, dass die behaarte Haut kein sichtbares Zeichen darbot. Einen Augenblick war Pat. betäubt ohne jedoch das Bewusstsein zu verlieren. Er verspürte eine vollkommene Paralyse der rechten oberen Extremität. Ohne grosse Mühe begab er sich in sein Zelt und bemerkte den nächsten Tag ebenfalls noch Paralyse der rechten Unterextremität. Bei der Untersuchung fand D. weder Schmerzhaftigkeit des Kopfes, noch Veränderungen in den Sinnesorganen, Intelligenz, Sprache etc. Rechts vollkommener Verlust der willkürlichen Bewegungen an den beiden Extremitäten mit ansehnlicher Abnahme der Sensibilität. Die verspürten Sensationen verursachen keine Auslösung von Reflexen, elektrische Contraktilität um die Hälfte abgenommen. Alle diese pathologischen Phänomene gehen nicht über die Schulter und die Schamleiste hinaus, und sind ausgesprochener an der oberen als an der unteren Extremität. Uebrigens leichtes Atherom an den Hauptarterien und sehr unbedeutende Magenstörung. Es handelte sich also um die von Charcot sogenannte,

associrte rechte Monoplegie, und war die Gegend des linken Lobus paracentralis betroffen. Mit Ausnahme einer leichten Contraktur der untern Extremität, welche bald wieder verschwand, war Pat. in 32 Tagen hergestellt. Die Behandlung war expectativ. Die Elektricität wurde nur 2 oder 3 Mal im Anfange angewendet.

Roux.

---

5. **P. Richer, Des zones hystérogènes; resumé d'une leçon de M. Charcot.** Ueber hysterogene Zonen; Auszug aus einer Vorlesung von Charcot. (Le progrès médical, 1880. No. 51.)

Ausser der Ovarialgegend gibt es nach Charcot bei den an Hystero-Epilepsie leidenden Kranken noch verschiedene hyperästhetische Zonen, welche, weniger konstant und weniger wirksam, bei den einzelnen Kranken verschieden über der Mamma, unter derselben, im Epigastrium, an der Wirbelsäule u. s. w., aber alle am Rumpfe liegen. Die meisten derselben sind bilateral und nur bilaterale Reizung ruft den Anfall hervor und hemmt denselben bei stärkerer Reizung. Zwei Illustrationen zeigen die Lage dieser Zonen.

E. Bardenhewer.

---

6. **Prof. Zuber, Note sur le coup de chaleur.** Ueber Hitzschlag. (L'Union méd. Nr. 169. 170. 1880.)

Verf. theilt zehn Fälle mit, beobachtet im Sommer in Biskra. Die einzige Krankheit, womit man den Hitzschlag verwechseln könnte, wäre ein Anfall von Intermittens perniciosa. Doch ist diese für Biskra, wenigstens in der europäischen Stadt und besonders um das Fort, nicht anzunehmen, da vom Februar ab kein Regen mehr fällt und es Jahre giebt, wo es nur ein oder zwei Mal regnet, und beinahe nie Thau beobachtet wird. Dadurch ist diese Gegend geeigneter für Beobachtungen als Bengalen, von wo die meisten englischen Beobachtungen herrühren, und das ein Herd der fürchterlichsten pestillentiellen und der ernstesten tellurischen Zufälle ist. Die beschriebenen Fälle hatten weder während ermüdender Märsche unter brennender Sonne stattgefunden, noch bei Menschen die in Kleidern eingezwängt und mit einem grossen Gewicht beladen. Von Mai an hören die militärischen Uebungen vollständig auf, die Soldaten sind mit leinenen Kitteln und Hosen bekleidet und mit einem Tuche im Nacken (Couvre-nuque) versehen. Sie ziehen sich Morgens um 10 Uhr zur Siesta in ihre Zimmer zurück und kommen erst um 4 Uhr zur Abendmahlzeit heraus. Ein Jeder vermeidet die direkte Einwirkung der Sonnenstrahlen mit einer solchen Sorgfalt, dass es den Neuangekommenen lächerlich erscheint. Besonders bei Menschen, welche bei wenig ermüdenden Arbeiten in Gärten oder öffentlichen Promenaden im Schatten der Palmen beschäftigt sind, zeigen sich die Symptome des Hitzschlages mit einer beinahe blitzartigen Rapidität. Ein anderes Mal trat er bei Leuten die Schildwache standen oder in der Kaserne selbst auf, wenn dieselben sich unvorsichtig in die Hitze hinausgestellt hatten. Der Name Hitzschlag (coup de chaleur) ist darum vollkommen berechtigt.





Vom symptomatologischen Standpunkt kann man die Fälle in zwei Gruppen theilen, unterschieden dadurch, ob die Befallenen schwitzen oder nicht. Es ist nicht bewiesen dass dieser Schweiss (warm aber klebrig, wenig reichlich und zuweilen auf den oberen Theil beschränkt) nicht ein secundärer, gewissermassen agonisch, sei. Sechs Fälle, alle tödtlich abgelaufen, gehören zu der ersten Gruppe, und zeigen eine grosse Uebereinstimmung.

Fall 1. Soldat S. bewohnt schon seit 3 Jahren Biskra. Immer gesund gewesen; sehr robuste Constitution. Vor einer Viertelstunde hatte er das Zimmer verlassen; nach einigen Minuten kehrte er wankend und rufend dass er ersticke, zurück. Zu Bette gebracht verlor er das Bewusstsein; cyanotisch, grosse Inspirationsanstrengungen machend. Puls unregelmässig, kaum zu fühlen. In der Präcordialgegend confuses Geräusch; die Charaktere der Herztöne schwer zu unterscheiden. Haut trocken und heiss, an der Hand ein unangenehmes, charakteristisches Gefühl gebend. Aderlass; das Blut flüssig, spritzt schwach und stockte beinahe unmittelbar. In der Kaserne in einem verhältnissmässig kühlen (36° C.) Zimmer wird S.'s Körper mit kalten Compressen bedeckt. Die Asphyxie nimmt zu. Nach einer Viertelstunde Tod. Temperatur 44°. Eine halbe Stunde nach dem Tode 45°.

Autopsie einige Stunden nach dem Tode. Ausserordentliche Todtenstarre. Lungen gesund, nur einen kleinen käsigen Herd in der rechten Spitze, gefüllt mit einem ziemlich flüssigen, schwarzen Blut, einige subpleurale Ecchymosen. Herz klein, kontrahirt, trocken, normale Farbe. Leber leicht hyperämisch. Milz ziemlich voluminös, normale Consistenz. Im Dickdarm Reste einer Dysenterie. Gehirn stark hyperämisch, zeigt keine wesentlichen Veränderungen. Das Blut des Aderlasses zeigt mikroskopisch kein Pigment. Patient hatte den Abend vorher mehr als gewöhnlich getrunken. An dem Tage war die Temperatur im Freien max. 47°,5, min. 42°. Seit drei Tagen wehte der Südwind (Sirocco) ohne Aufhören. Die anderen Fälle stimmen in den wesentlichen Punkten mit dem beschriebenen überein.

Zweite Gruppe.

Fall 7. Soldat C. fällt auf Wache (unvollkommen gegen die Sonne geschützt) plötzlich um. Er trieft von Schweiss, was er nach späterer Angabe während der ganzen Zeit der Wache gehabt haben will. Ohne Bewusstsein; durch Zeichen heftige Cephalalgie verrathend. Puls voll, frequent. Haut mässig heiss. Die Extremitäten, besonders die oberen, in heftigen convulsivischen Bewegungen. Galliges Erbrechen. Frequente Respiration. Mässige Dyspnoe. Durch einen Aderlass von 500 gr kommt er nach einer halben Stunde zu sich. Das Blut zeigt keine besondere Charaktere. Temperatur 39°,8. Fortwährende Kopfschmerzen. In der Nacht einige convulsivische Anfälle. Compressen auf die Stirn, öfters gewechselt. Den nächsten Tag hat Pat. ein wenig geschlafen und antwortet langsam auf die Fragen. Kopfschmerzen dauern fort, jedoch weniger heftig. Temperatur 38°. Puls 104. Respiration 24. Behandlung: 12 Blutegel an der Proc. mastoidei. Jalappa und Calomel āā 50 cgr für zwei Mal. Nach drei Tagen ist Patient vollkommen geheilt.

Die andern Fälle ganz analog.



Die Hauptveränderungen scheinen nach den Autopsien und den bekannten Thatsachen in der Erstarrung des Herzmuskels und vielleicht auch des Diaphragma zu bestehen. Unmöglich ist es nicht, dass im Blute sehr wichtige Veränderungen stattfinden (schnelle Zerstörung einer grossen Zahl Blutkörperchen, Anhäufung von Kohlensäure u. s. w.), jedenfalls begleitet die Flüssigkeit des Blutes eine sehr verdächtige dunkle Farbe.

Das fundamentelle Symptom besteht nach Z. in der Abwesenheit einer genügenden Transspiration, Hauptursache der charakteristischen und tödtlichen Hyperthermie. Durch eine wenig energische Muskelarbeit kann die Körpertemperatur um 2—3° zunehmen. Wenn die Patienten schwitzen, so ist die innere Temperatur wenig erhöht und ist es unmöglich, dass ernste Läsionen auftreten. Die Congestion des Gehirns und seiner Hülle erklärt Z. daraus, dass die äussere Haut da vielleicht weniger Schweissdrüsen besitze, die Ausdünstung durch die Haare erschwert würde und die Temperatur in den Haaren immer höher sei.

Die Frage, warum bei einigen Individuen das Schwitzen in dem Augenblicke verschwindet wo es am nützlichsten wäre, scheint ihre Antwort darin zu finden, dass alle diese Individuen entweder dem Alkoholmissbrauch ergeben waren oder wenigstens den vorigen Tag oder einige Tage vorher Excesse begangen hatten. — Hieraus resultirt:

1. Der Hitzschlag macht wenige, einfache Symptome, welche vollkommen an die Resultate der experimentellen Pathologie erinnern.

2. Man kann zwei klinische Formen unterscheiden, eine ernste, charakterisirt durch Hyperthermie und schwere Dyspnoe, eine specielle Laesion des Herzens und vielleicht des Blutes, wirkliche Asphyxie durch die Hitze. Eine zweite, weniger gefährliche, der Hyperaemie des Gehirns und seiner Häute gleichend und auf sehr wenig nach mit der Insolation der Autoren übereinkommend.

3. Die Formen hängen nicht allein (was ihre Genese betrifft) von der Natur der Wärme ab, weil die Form Insolation genannt ausserhalb directer Einwirkung der Sonne bestehen kann. Eher scheint die normale oder anormale Function der Schweisssecretion das klinische Bild zu bestimmen.

4. Die Praedisposition ist vielleicht geschaffen im Organismus durch den zu grossen oder unzeitigen Gebrauch von Alkohol.

Roux.

---

7. **Witkowski**, Strassburg, **Zur Nervendehnung.** (Archiv f. Psychiatrie XI. 2. Heft.)

Die Wirkung der von Nussbaum eingeführten Nervendehnung ist bisher als eine rein dynamische angesehen worden. Versuche, welche Verf. anstellte, lassen es als wahrscheinlich erscheinen, dass die in Folge der Operation im Nerven ablaufenden Vorgänge andrer Natur sind und die Nervendehnung als eine Art Anfrischung betrachtet werden muss, wodurch die von G. Mayer angenommenen normaler Weise im Nerven ablaufenden Re- und Degenerationsvorgänge beschleunigt werden. Verf. fand nämlich an einem Ischiadicus, der einem Bein angehörte, welches bei der Section gestreckt worden war,



ein Intactsein der Nervenhüllen und der Axencylinder, während das Mark in gleichmässigen Abständen fehlte resp. in die Nachbarschaft zurückgedrängt war. Bei Versuchen an Kaninchen und Hunden ergab die mikroskopische Untersuchung der gedehnten, reponirten und später untersuchten Nerven deutliche Degeneration der peripher von der Dehnungsstelle gelegenen Fasern in Form von Verfall des Markes, Discontinuitaet des Axencylinders und Kernvermehrung. Sonstige trophische Störungen, besonders an den Muskeln, waren nicht nachweisbar.

Eickholt (Merzig).

---

8. **A. Blondeau, De l'élongation des nerfs chez les ataxiques comme traitement des douleurs fulgurantes.** Die Behandlung der reissenden Schmerzen der Ataktischen durch Dehnung der Nerven. (Le progrès médical, 1880. No. 50.)
9. **H. d'Olier, De l'élongation des nerfs dans l'ataxie locomotrice.** Die Dehnung der Nerven bei tabes dorsualis. (Le progrès médical, 1880. No. 52.)

Den Beispielen Langenbach's, Esmarch's und Erlenmeyer's folgend, hat Gillette bei einem Tabetiker von der Abtheilung Deboue's in Bicêtre, welcher an überaus heftigen Schmerzen in Ober- und Unterextremitäten litt, die Nervendehnung und zwar am linken N. ischiadicus vorgenommen. Bei der Operation wurde kein Chloroform angewendet, weil, wie physiologische Erfahrungen lehren, die heftige Reizung eines Nerven Stillstand der Respiration und Cirkulation bewirkt, und dieser Stillstand bei einem Chloroformirten gefährlich werden könnte. Das Resultat der Operation war ein sehr günstiges: die Schmerzen haben vollständig nachgelassen, und die Coordinationsstörung ist beinahe verschwunden. Die Sehnen-Reflexe fehlen nach wie vor, und die Myosis ist nicht verändert. Charcot demonstrirte diesen Fall in seinen Vorlesungen in der Salpetrière.

Bald nachher führten Deboue und Gillette dieselbe Operation bei einem anderen Kranken aus, welcher, ermuthigt durch die Heilung seines Leidensgefährten, die Vornahme derselben wünschte. Es handelte sich um anhaltende Schmerzen mit Exacerbationen in den Oberextremitäten. Es wurden die N. N. medianus und radialis der rechten Seite gedehnt. Die Traktionen können ohne Furcht vor Ruptur ausgeführt werden; denn einige Beobachtungen an Leichen lehrten, dass eine Kraft von 42 Kgrm erforderlich ist, den N. radialis zu zerreissen. Verband nach Lister; Heilung per primam. Die Schmerzen haben in der rechten Oberextremität bedeutend nachgelassen und sind aus der linken Oberextremität sowie aus den beiden Unterextremitäten verschwunden. Die Anästhesie der Fusssohle ist links beträchtlich verringert, und die Ataxie ist bedeutend gebessert, so dass der Kranke ohne Stütze gehen kann.

Die Fälle beweisen die Wirksamkeit des Verfahrens gegen zwei wichtige Symptome der Krankheit, gegen die Schmerzen und die Störungen der Motalität; vielleicht bessert dasselbe auch die Störungen der Sensibilität.

E. Bardenhewer.

---



10. **E. J. Moure, Tumeur kystique occupant la face linguale de l'épiglotte.** Eine Cyste an der oberen Fläche der Epiglottis. (Le progrès médical, 1880. Nr. 51.)

Ein $7^1/_2$ Jahre altes, sonst gesundes Mädchen klagte seit 2 Jahren über einen Reiz im Halse und heftige keuchhustenartige Hustenanfälle ohne Auswurf, welche besonders während der Nacht auftraten und den Schlaf störten. Der Schlingakt, die Sprache, die Stimme sind nicht behindert. Die laryngoskopische Untersuchung zeigt einen runden, glatten, blassgelblichen Tumor von der Grösse einer Weintraubenbeere, welcher mit breiter Basis auf dem Ligamentum glosso-epiglotticum medium, zwischen der Basis der Zunge und der Basis der Epiglottis aufsitzt und, indem er die Klappe der Epiglottis herabdrückt, das Innere des Kehlkopfs unsichtbar macht (Illustr.). Die Palpation des Tumors ergibt gespannte Wandungen und Flüssigkeit im Innern. Fauvel operirt am 7. Dezember mit einer krummen Scheere; dabei ergiesst sich aus dem Tumor eine kleine Menge citronenfarbener Flüssigkeit; die Wandungen der Cyste werden ganz weggenommen. Am 5. Januar ist die Kranke vollständig geheilt; keine Narbe sichtbar. Die Wandung besteht (2 Illustr.) aus einer äusseren epithelialen Schicht, analog der der Schleimhaut der Zunge, nur dicker als diese; darunter eine bindegewebige Schicht, ebenfalls „hypertrophisch", mit sehr zahlreichen und voluminösen elastischen Fasern, zwischen denselben Gefässe und degenerirte Drüsensäcke; an der Innenseite wieder eine epitheliale Schicht, welche aus zwei deutlichen Lagen besteht. Die Flüssigkeit enthält einige runde, blasse Zellen, normale und fettig degenerirte Epithelzellen und freie Fettkörnchen.

E. Bardenhewer.

---

11. **Dr. H. Chiari, Ueber einen Fall von spontaner Zerreissung des Magens.** (Wien. med. Bl. 1881. No. 3.)

Eine 53jährige Patientin, die die Zeichen eines vernarbten Ulcus rotundum und dessen Folgeerscheinungen bot, hatte sich den Magen überladen, bekam heftige Brechacte, nach denen sie collabirte und starb. Die Todesursache war eine Zerreissung des Magens an der Stelle der kleinen Curvatur, an welcher die Narbe des früheren Ulcus sass; die Ursache der Zerreissung war die Spannung der Magenwand durch die grossen Speisemassen und die durch deren Gährung frei werdenden Gase. Das Vorkommniss beweist, dass eine Gefahr des runden Geschwürs, auch wenn es vernarbt und keine weitere Zerstörung der Magenwand Platz greift, doch noch darin liegt, dass die wenig dehnbare Narbenstelle zur Gastrorhexis führen kann. Die Gase hatten sich nach der Ruptur und nach Zerreissung des mit der kleinen Curvatur verwachsenen Peritoneum der Bursa omentalis verbreitet als subperitoneales Emphysem, das sich ins Mediastium, in das tiefe Zellgewebe des Halses und ins subcutane Zellgewebe ausgedehnt.

12. **Prof. E. Hofmann** spricht über **Rupturen der Magenwand** (Wien. med. Bl. 1881. No. 3) im Anschluss an die Demonstration des vorher referirten Falles in der k. k. Gesellschaft der Aerzte.

In einem Falle entstand die Ruptur eines dilatirten Magens wahr-



scheinlich durch Brechact oder Hustenstoss. In 4 andern Fällen verursachte ein Trauma (Quetschung, Stoss, Hufschlag), die Zerreissung. „Redner weist darauf hin, dass in diesen Formen von Magenverletzung ein bisher wenig beachtetes ätiologisches Moment für die Entstehung von Magengeschwüren und härmorrhagischen Erosionen liege.“

Finkler.

---

13. **M. Leven, Nephrite parenchymateuse; urémie; injections de nitrate de pilocarpine, guérison.** Parenchymatöse Nephritis; Urämie; Injektion von salpetersaurem Pilocarpin. (Gaz. méd. 21. Paris. 1880.)

L. behandelte ein Mädchen von 14 Jahren, bisher gesund, die in Folge einer Erkältung eine parenchymatöse Nephritis ohne Complication von Seiten des Herzens oder der Lunge acquirirt hatte. Beträchtliches Oedem der Labien und Anasarca der Beine, Temperatur Morgens 39°, Abends 40°. Urin dick, spärlich, 6,5 % Eiweiss und 22 Harnstoff. Milchdiät. 5 Tage später Gehirnerscheinungen; 2 Tage lang Anurie. Zahlreiche heftige urämische Anfälle. Ueber dem Sternum Injektion von 0,02 salpetersaures Pilocarpin; Abends wiederholt; kein Schweiss, kein Speichelfluss. In der Nacht zahlreiche Anfälle, spontanes Erbrechen. Am folgenden Tage erneute Injection; Schweiss auf der Stirn, dann am ganzen Körper; reichlicher Speichelfluss; öfteres Erbrechen einer gelblichen Flüssigkeit; eine halbe Stunde später unwillkürlicher Urinabgang. Abends wieder eine Injection. Reichlicher Schweiss und Speichelfluss; Speichel enthält Spuren von Harnstoff; Urin enthält 8,32 % Eiweiss und 25,62 Harnstoff. Am folgenden Tage Wiederkehr des Bewusstseins und von da an Reconvalescenz. 16 Tage später kein Eiweiss mehr im Urin.

Velten (Antwerpen).

---

14. **Chew,** Baltimore, **Opium Narcosis in an Infant six weeks old. Recovery under the use of Belladonna.** Opiumnarkose bei einem 6 Wochen alten Säugling. Erfolgreiche Behandlung mit Belladonna. (N.-Y. Med. Rec. 8. Jan. 1881. S. 37.)

Verf. wurde zu einem kleinen Kinde gerufen, dem man 6 Stunden davor ein Morphiumpulver (0,016 morph. sulf. enthaltend) statt des verordneten Pepsinpulvers gegeben hatte. Gleich darauf hatte das Kind aus der Flasche getrunken und etwas von der so genossenen Milch wieder ausgebrochen. — Ob auch etwas von dem Morphium mit erbrochen wurde konnte nicht constatirt werden. Verf. fand den kleinen Patienten in tiefstem Schlaf, die Pupillen sehr stark contrahirt, die Respiration äusserst schwach und oberflächlich, der Radialpuls kaum fühlbar. Verf. liess sofort schwarzen Kaffee geben bis er Belladonnatinctur zur Stelle hatte. Letztere zog er der leichteren Dosirung wegen dem Atropin vor. Von der Tinctur gab er $1^1/_2$ Tropfen sofort und etwa halbstündlich einen weiteren halben Tropfen. Daneben wurden leichte Hautreize versucht, jedoch mit grosser Vorsicht, um das



Kind nicht mehr zu schwächen. Erst nach dem 4. Tropfen, also 2—2½ Stunden nach Beginn der Behandlung, trat eine entschiedene Besserung ein, die Haut röthete sich, die Pupillen wurden weiter, der Puls hob sich, die Athemzüge wurden häufiger und tiefer. Die Tinctur wurde jetzt nur stündlich gegeben, 3 Stunden später waren die schwersten Symptome fast verschwunden. Am nächsten Morgen befand sich das Kind vollständig wohl.

[Die Tinctura Belladonnae der amerikanischen Pharmakopoe soll circa sechs mal schwächer sein als das deutsche Präparat.]

Warren.

---

15. **H. Schulz, Weiterer Beitrag zur Theorie der Arsenwirkung.** (Arch. für exper. Path. und Pharm. Bd. XIII. S. 256—264.)

Die von Binz und dem Ref. früher (Arch. für exper. Path. u. Pharm. Bd. XI. S. 200) mitgetheilten Versuche hatten ergeben, dass im Organismus aus arseniger Säure Arsensäure und umgekehrt aus Arsensäure arsenige Säure entsteht. Diese beiden Umwandlungen vollziehen sich, ausserhalb und innerhalb des Organismus bei Gegenwart von protoplasmatischem Gewebe.

Aus diesen Befunden resultirte der Schluss, dass die beständige Umwandlung der beiden Oxydationsstufen des Arsens in einander innerhalb der Eiweissmoleküle als Ursache der Arsenwirkung anzusehen sei. Das Arsen verhält sich demgemäss als Sauerstoffträger und thut dasselbe, was alle diejenigen Körper leisten, die im Organismus ihren Sauerstoff unter passenden Bedingungen in aktiver Form hergeben, z. B. das chlorsaure Kali oder das Natriumnitrit.

Nach Anführung vergleichender Analysen über die Lokalisation des Arseniks im Körper, aus denen mit höchster Wahrscheinlichkeit hervorgeht, dass die Leber als ein Hauptdepot für das Gift zu betrachten ist, sowie nach einer kritischen Betrachtung der von Caillol de Poncy und Livon aufgestellten Hypothese über die Bildung einer Glycerinarsensäure in den nervösen Centralorganen theilt Ref. eigene Versuche mit frischer Magenschleimhaut und Lebersubstanz mit. Es gelang, mit frischer Magenschleimhaut durch Digestion arsenige Säure in Arsensäure überzuführen und zwar fand sich, dass die Quantität der vorhandenen Drüsenzellen den Ausschlag giebt für die Frage der Oxydationsenergie verschiedener Schleimhautregionen desselben Magens.

Die Leber wurde zum Nachweis dafür benutzt, dass lebendes Protoplasma nöthig ist, um die Umwandlung der einen Oxydationsstufe des Arsens in die andere hervorzurufen. Während es nämlich mit frischer Lebersubstanz gelang, arsenige Säure zu Arsensäure zu oxydiren, so missrieth dieser Versuch stets, wenn das Leberprotoplasma vor der Behandlung mit arseniger Säure der Siedhitze unterworfen worden war.

Muskelmasse und Gehirn oxydirten bei den dahin vorgenommenen Versuchen arsenige Säure nicht, ein Umstand, der für das Muskelprotoplasma nicht auffallend erscheinen konnte. Ob das Gehirn auch intra



vitam nicht im Stande ist, arsenige Säure in Arsensäure überzuführen, lässt Ref. vorläufig noch unentschieden.

Jedenfalls ist die Hauptwirkungs- und Angriffsstelle des Arsens in den drüsigen Elementen des Körpers zu suchen.

Schulz.

---

16. **Dujardin-Beaumetz, Inhalations de nitrite d'amyle dans les Affections aortiques.** Inhalation von Amylnitrit bei Krankheiten der Aorta. (L'Un. méd. No. 10.)

Diese Patienten haben Neigung zu Syncope, Schwindel und Anfällen von Angina pectoris, welche man mit Opiumpräparaten oder im Falle des Scheiterns mit Amylnitrit bekämpfte. 5—10 Tropfen mehrere Male täglich mit Vorsicht auf ein Taschentuch geschüttet, da grosse Dosen das Herz schwächen und Gehirnhyperaemie mit Gefässruptur verursachen können. Contraindicirt ist das Mittel bei hysterischen und epileptischen Frauen, wo es einen heftigen Anfall verursachen kann. Nach Bruntons Beobachtungen hören die Anfälle von Angina pectoris bei Aortenkrankheiten, nach Inhalationen von einigen Tropfen Amylnitrit-Aether im Anfange der Anfälle auf. Hilft dieses Mittel nicht, so kann man zu dem electrischen Strom greifen (2, 4 oder 6 Gaeffe'schen Elementen).

Roux.

---

## Neue Bücher.

Albu, Milchnahrung und Milchkuren. Berlin, Damköhler. 1 Mark.

Caspers, Handbuch der gerichtlichen Medicin. Neu bearbeitet und vermehrt von Dr. Liman. 7. Aufl. I. Bd. Biologischer Theil. Berlin, Hirschwald. 18 Mark.

Coorlin et Moreau-Wolf, Maladies des voies urinaires et des organes génitaux guide médical écrit pour les malades. 43[e] edition. Paris, Parent.

Decroix, Etude de l'atrophie du coeur et de la dilatation de ses cavités droites dans la tuberculose pulmonaire. Paris, Parent.

Fabre, Fragments de clinique médicale. Paris, Delahaye & Lecrosnier.

Féraud, Des indications et des contre-indications des eaux thermales sulfureuses d'Amélie-les-Bains dans la phthisie pulmonaire. Paris, Parent.

Fouquet, Etude clinique sur quelques spasmes d'origine hystérique. Paris, Parent.

Fournier, Simulations d'attentats vénériens sur de jeunes enfants du sexe féminin. Paris, Masson. 1 fr. 50 cts.

Fournier, Syphilis und Ehe. Vorlesungen gehalten im Hospital St. Louis. Ins Deutsche übertragen von Dr. Michelson. Berlin, Hirschwald. 5 M.



Franquet, De l'influence de la grossesse sur le developpement et l'évolution des abcès du sein. Paris, Goupy et Jourdan.

Gaillard, Essai sur les injections hypodermiques de peptonate de mercure. Paris, Parent.

Gouguenheim, De la laryngite syphilitique secondaire avec une planche coloriée. Paris, Masson. 2 fr. 50 cts.

Handbuch der gerichtlichen Medicin. Herausgegeben von Maschka. Bd. I. 1. Abth. Tübingen, Laupp'sche Buchhandlung. 8 Mark.

Herzenstein, Beitrag zur Lehre der Augenmuskellähmungen (Berechnung aller möglichen Combinationen der ein- und doppelseitigen Augenmuskelparalysen) mit zwei semiotischen Tafeln der Combinationen I. Classe. Berlin, Hirschwald. 1 Mark 60 Pfg.

Medicus, Gerichtl. chemische Prüfung von Nahrungs- und Genussmitteln. Methoden und Daten zur Beurtheilung. Würzburg, Stahel'sche Buchhandlung. 3 Mark.

Munk, Ueber die Funktionen der Grosshirnrinde. Gesammelte Schriften aus den Jahren 1877—80. Mit Holzschnitten und 1 lithogr. Tafel. Berlin, Hirschwald. 3 Mark.

Orth, Cursus der normalen Histologie zur Einführung in den Gebrauch des Microscops sowie in das praktische Studium der Gewebelehre. 2. verb. und vermehrte Auflage mit 107 Holzschnitten. Berlin, Hirschwald. 8 M.

Rangé, Fracture compliquée et pseudarthrose du maxillaire inférieur suite de l'extraction des deux premières grosses molaires. Paris, Parent.

Raullet, Des fractures héliçoïdales par torsion de la diaphyse du fémur. Paris, Parent.

Reich, Das Leben des Menschen als Individuum. Die Leibes- und Seelenbeschaffenheit der menschlichen Persönlichkeit und deren Beziehung zu Gesundheit und Wohlfahrt im gesellschaftlichen Zusammenleben. Berlin, Hempel. 7 Mark.

Ribbert, Nephritis und Albuminurie. Pathologisch-anatomische Untersuchung. Mit 1 lithogr. Tafel. Bonn, Max Cohen & Sohn.

Schlemmer, Die Porro-Operationen oder die neue Kaiserschnitt-Methode nach Porro und ihre moralischen Grenzen. Mit 1 lithogr. Tafel. Stuttgart, Enke. 1 Mark.

Seguin, Médical mathématisme. Paris, Delahaye & Lecrosnier.

Viennot, De l'épistaxis en général et de sa valeur comme élément de diagnostic. Paris, Parent.

Vigues, De l'atrophie musculaire consécutive au rheumatisme, à la goutte, aux arthropathies ataxiques. Paris, Parent.

---

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.



Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen nebst Titel und Register.

# Centralblatt für KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigirt von

**Dr. H. Rühle,** Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

**Dr. D. Finkler,** Privatdocent und Assistent an der medicin. Klinik in Bonn.

**1881.** **4. Februar.** **Nro. 45.**

**Inhalt.** Referate: 1. **Leube** u. **Fleischer,** Ein Beitrag zur Lehre von der Leukämie. — 2. La transmissibilité par inoculation directe de la rage de l'homme au lapin. — 3. **Fürnrohr**, Eine Typhus-Studie. — 4. **Israël**, Zwei Fälle von Nekrose innerer Organe bei Diabetes mellitus. — 5. **Woillez**, Rhumatisme cérébral; traitement par les bains froids. — 6. **Amidon**, Facts and Figures on Cerebral-Thermometry. — 7. **Kowalewsky**, Das Wiegen von Epileptischen als objectives Anzeichen epileptischer Leiden. — 8. **Kleudgen**, Albuminurie, ein Symptom des epileptischen Anfalls? — 9. **Fürstner**, Ueber Delirium acutum. — 10. **Rheinstädter**, Ueber weibliche Nervosität, ihre Beziehungen zu den Krankheiten der Generationsorgane und ihre Allgemeinbehandlung. — 11. **Seeligmüller**, Zur Pathogenese der peripheren Krämpfe. — 12. **Hammond**, On a new treatment of Neuralgia of the Testis. — 13. Asphyxie des nouveau-nés. — 14. **Deghillaye**, Hoquet continu avec complication de spasme de la glotte; emploi de la pression épigastrique. — 15. **Rossignol**, Abcès du foie, récidive; guérison par les incisions simples. — 16. **Ultzmann**, Ueber Blasenkatarrh und Alkalescenz des Harns in Bezug auf Steinoperationen in der Blase. — 17. Méthode thérapeutique de la syphilis à l'hôpital de Lourcine. — 18. **Friedberg**, Ein Fall von tödtlicher acuter Vergiftung durch Carbolsäure. — 19. **Manouvriez**, Empoisonnement aigu par le chlorate de potasse, administré par erreur comme purgatif au lieu de sulfate de Magnésie.

## 1. Leube und Fleischer, Ein Beitrag zur Lehre von der Leukämie.

(Virchow's Archiv Bd. 83. S. 124.)

Verff. berichten über einen Fall von Leukämie bei einer 30jährigen Magd. Dieselbe, in ihrer Ernährung sehr herunter gekommen, empfand bei Druck auf die linke Tibia heftigen Schmerz. Der linke Unterschenkel war ödematös angeschwollen. Die Untersuchung des Blutes ergab eine bedeutende Vermehrung der weissen Blutkörperchen (Verhältniss 1 : 10). Vergrösserung der Milz, Leber und der Lymphdrüsen fehlte. Die Diagnose Leukämie war bei der Blutbeschaffenheit zweifellos. Von einer in der Metatarsalgegend des linken Fusses gelegenen Hautwunde breitete sich nun allmählich ein Gangrän auf den Unterschenkel aus und es musste die Amputation oberhalb des Knies gemacht werden. Die Untersuchung des Markes der amputirten Knochen ergab keine für Leukämie charakteristischen Veränderungen. Die Patientin starb 6 Tage nach der Operation. Die Section ergab bezüglich der Milz, Lymphdrüsen und Leber ein durchaus negatives Resultat. Und das Mark aller Röhrenknochen zeigte keineswegs die

für Leukämie charakteristischen Veränderungen, sondern nur eine lymphoide, bei cachectischen Zuständen beobachtete Beschaffenheit. Dass letztere zu einer Ueberschwemmung des Blutes mit weissen Blutkörperchen Veranlassung gegeben haben sollte, kann nicht angenommen werden und so kann dieser Fall sehr wohl in dem Sinne verwerthet werden, dass die Leukämie überhaupt nicht von bestimmten Organen abhängt, sondern eine Blutkrankheit sui generis darstellt.

Ribbert.

---

2. **La transmissibilité par inoculation directe de la rage de l'homme au lapin.** Die Uebertragbarkeit der Hundswuth vom Menschen auf das Kaninchen durch Impfung. (Gaz. hebdomad. de médec. et chirurg. 1881. No. 3.)

In der Sitzung der Académie de médecine vom 18. Januar a. c. berichtete Raynaud über Versuche, welche er in Gemeinschaft mit Launelongue angestellt hat zur Prüfung der Frage der Uebertragbarkeit der Wuth. Im Jahre 1879 hat Hallier die Möglichkeit der Uebertragung auf Kaninchen behauptet; nach seinen Versuchen ist die Inkubationsperiode kurz, sie betrug im Mittel 18 Tage. — Die Beobachtung eines Falles von Lyssa bei einem 5 Jahre alten Kinde, welches am 10. November gebissen worden war, am 7. Dezember unzweifelhafte Symptome der Krankheit zeigte und am 11. Dezember erlag, gab Raynaud und Launelongue Gelegenheit, drei Reihen von Experimenten an 40 Kaninchen zu machen.

1. Impfungen mit dem lebenden Kinde entnommenen Flüssigkeiten. Durch dieselben wurde die Behauptung früherer Autoren, dass durch den Speichel die Krankheit übertragen werden kann, durch das Blut dagegen nicht, bestätigt. Bei den Kaninchen, welche starben, trat der Tod 17 bis 42 Stunden nach der Impfung ein.

2. Impfungen mit verschiedenen Flüssigkeiten und Geweben, welche der Leiche des Kindes 24 Stunden nach dem Tode entnommen waren. Zwei mit Bronchialschleim geimpfte Kaninchen starben nach 44 resp. 48 Stunden. Von sechs Thieren, welche mit Fragmenten der Submaxillardrüse geimpft wurden, starb nur eines und zwar nach 19 Stunden. Zerkleinerungsprodukte der geschwollenen Lympfdrüsen wurden zwei Kaninchen eingeimpft; das eine starb nach $9^1/_2$ Stunden; das andere war am folgenden Tage krank, erholte sich aber wieder. Einem Thiere wurden die beiden Trigeminus-Wurzeln des Kindes unter die Haut gebracht: Tod nach 3 Tagen; einem anderen Theile des Bulbus: Tod am 4. Tage.

3. Impfungen von Kaninchen auf Kaninchen. Keine Impfung blieb erfolglos. Fünf Mal wurde der Speichel gestorbener Thiere übergeimpft: Tod nach 20 bis 30 Stunden. Drei Mal wurden Stücke des Bulbus inoculirt. Das gleich nach dem Tode der auf diese Weise getödteten Thiere entnommene Blut bewirkte auffallender Weise einmal nach 34, ein ander Mal nach 44 Stunden den Tod eines anderen Kaninchens. Das Blut dieses letzteren tödtete ein drittes Kaninchen nach



13 Stunden. Zwei Thiere wurden mit Bulbus-Theilen eines getödteten geimpft; sie starben beide.

Die geimpften Thiere wurden apathisch, blieben unbeweglich, nahmen kein Futter und starben in Convulsionen.

Raynaud und Launelongue glauben, dass ihre Kaninchen wirklich an der Wuthkrankheit gestorben sind, weil keine andere Ursache des Todes vorlag, und das Kind zweifelsohne an dieser Krankheit gelitten hatte.

In der an diese Mittheilung sich anschliessenden Discussion bestreiten Colin und Beaumetz, dass die Thiere an der Hundswuth gestorben seien; es sei kein Inkubationsstadium vorhanden gewesen, und die Thiere hätten die für jene Krankheit charakteristischen Symptome nicht gezeigt. Der Tod sei wahrscheinlich in Folge von Septicämie eingetreten; Speichel und Nervengewebe verfielen sehr bald der Zerfallung.

Pasteur theilt mit, dass er in dem kurz nach dem Tode dem Munde des Kindes entnommenen Speichel einen charakteristischen Mikroorganismus entdeckt habe; derselbe sei $^{1}/_{1000}$ mm lang, an beiden Enden breiter und in der Mitte schmäler. Im Speichel untersucht zeige sich derselbe umgeben von einer glänzenden Aureola; dieselbe fehle bei dem in Kalbsbouillon kultivirten. Meist isolirt, sehe man ihn bisweilen in langen Ketten. Er könne, wie die übrigen Mikroorganismen, im Keimzustande die Form sehr kleiner glänzender Körperchen annehmen. Dieser Mikroorganismus, führt Pasteur aus, sei das active Prinzip in dem mit Erfolg übergeimpften Speichel. Wenn auch der Tod der Versuchsthiere ohne vorhergehende Inkubationsperiode erfolgt sei, und das Symptomenbild, welches sie geboten, sich deutlich unterscheide von dem klinischen Bilde der Wuth, so bewiesen die Impfresultate doch, dass die Thiere wirklich an der Wuth gestorben seien. Um Septicämie habe es sich nicht gehandelt; denn der Mikroorganismus dieser Krankheit sei von dem der Hundswuth durchaus verschieden; derselbe tödte Meerschweinchen, während der Mikroorganismus der Hundswuth diesen Thieren unschädlich sei.

Dem gegenüber behauptet Colin, dass die Meerschweinchen durchaus nicht immun seien gegen die Hundswuth. Colin, Beaumetz, Bergeren und Hopelin halten ihren Widerspruch gegen die aus den Impfresultaten gezogenen Folgerungen aufrecht und machen geltend, dass bei Entscheidung der Frage, ob es sich um diese oder um jene Krankheit handele, das klinische Bild der Krankheit den Ausschlag geben müsse.

In der Sitzung der Société de thérapeutique vom 12. Januar a. c. theilte Dujardin-Beaumetz therapeutische Versuche mit, welche er in zwei Fällen von Lyssa humana angestellt hat. In dem einen Falle war der Patient von dem wüthenden Hunde nur beleckt worden; die betreffende Hautpartie war vollkommen intakt. B. schliesst daraus, dass das Aussaugen der Bisswunde mit dem Munde nicht ungefährlich sei, und schlägt vor, sich zu diesem Zwecke eines Schröpfkopfes zu bedienen. Er hat subcutane Injektionen des schwefelsauren Pelletierin (1,0 pro dosi) vergebens versucht; die Versuche, dem Kranken Chloral beizubringen, waren erfolglos; das Cedrin (Angaben über das Präparat



siehe in dem Bericht der Gaz. hebdomad.) bewirkte zwar keine Heilung, doch sistirte es die Krampfanfälle; gegen den Biss giftiger Schlangen erwies dasselbe bei Kaninchen sich wirkungslos.

E. Bardenhewer.

---

3. **H. Fürnrohr, Eine Typhus-Studie.** (Aerztliches Intelligenzblatt. 1881. Nr. 3.)

In einem tiroler Dörfchen K. war seit Jahren von Infektionskrankheiten fast nur Wechselfieber vorgekommen. Im April 1880 gelangte ein Fall zur Beobachtung, der vielleicht Typhus war. Im Juli darauf bildete sich in einem Gasthause des Ortes eine Typhus-Epidemie aus, und zwar erkrankte zuerst eine mit ihrer Familie fünf Wochen vorher zugereiste Wienerin. Alle weiteren Fälle liessen sich auf Ansteckung, in letzter Linie durch diese erste Erkrankung eingeleitet, zurückführen: Verwandte, Mägde, solche, die im Hause wohnten und deren Pflegerinnen, wie solche, die dort nur assen; letztere verschleppten den Typhus in ihre Behausungen und inficirten daselbst ihre Angehörigen; einige andere Fälle kamen in nächster Umgebung vor. — Von Regensburg kamen bald nach Beginn der Epidemie mehrere Personen einer Familie, die Einen Mitte Juli, die Anderen Anfangs August in das Gasthaus. Sie blieben hier bis Mitte August. Nachdem sie Alle schon wenige Tage nach ihrer Ankunft in K. an Diarrhöen und leichtem Fieber erkrankt waren, verfielen sie Alle mit einer Ausnahme nach ihrer Rückkehr dem Typhus. Aus ihrer Umgebung in Regensburg erkrankten, wenn auch leicht, zwei Personen, die mit der Wäsche beschäftigt waren.

Die ursprüngliche Entstehung der beschriebenen Epidemie ist nicht sicher zu eruiren. Der Verf. meint, dass dieselbe einen Beleg für die Wichtigkeit der miasmatischen Verbreitung gebe. Das Gasthaus ist zwar das höchst gelegene Haus im Dörfchen, liegt zugleich aber am Fusse des Steilrandes einer Terrasse. Bis Ende Juli hatte ungewöhnlich heisses Wetter geherrscht, worauf am 1. August Regen mit bedeutender Abkühlung der Luft und erst am 16. August wieder schöne Tage folgten.

Wolffberg.

---

4. **Israël, Zwei Fälle von Nekrose innerer Organe bei Diabetes mellitus.** (Virch. Arch. Bd. 83. S. 181.)

Im ersten Falle handelte es sich um eine 37jährige Frau, die im Coma diabeticum gestorben war. Neben geringeren Veränderungen anderer Organe fanden sich beide Ovarien in annähernd hühnereigrosse, fluctuirende Säcke umgewandelt, deren Wandung aussen glatt, innen fetzig zerrissen war. Den Inhalt bildeten zähflüssiger Detritus und faserig-bröcklige Massen. Eine Erklärung dieses Befundes ist mit Sicherheit nicht zu geben. Da andere Anhaltspunkte fehlten, so muss wohl daran gedacht werden, dass es direkte geringfügige, vielleicht traumatische Reize waren, die für die diabetischen Organe zur Herbeiführung solch hochgradiger Degenerationszustände genügten.



Der zweite Fall betraf eine 27jährige Arbeiterin. Es fand sich zwischen Magen, Omentum minus und Colon transversum einerseits und der hinteren Bauchwand anderseits ein im Uebrigen von derberem neugebildetem Bindegewebe begrenzter, straff gespannter eiförmiger Sack, an Stelle des Pankreas sitzend, von welchem nur der Kopf normal gebaut am rechten Pole der Cyste sass. Die Kapsel dieses Kopfes geht in die Cystenwand über. Der flüssige, trübe, lehmfarbige Inhalt der Cyste beträgt etwa 300 Gr. An ihrer hinteren Wand liegen die Reste des Körpers und Schwanzes des Pankreas als ein schlaffer, walzenförmiger Körper, dessen Bestandtheile mikroskopisch in rückgängiger Metamorphose begriffen sind. Verf. glaubt das Zustandekommen dieses ganzen Befundes aus anfänglicher perpankreatischer Entzündung, danach erfolgenden Blutungen in und um die Drüse und schliesslichem Absterben der letzteren herleiten zu müssen. Dieses Absterben wurde veranlasst durch den Druck der Blutergüsse und begünstigt durch die allgemeine Abnahme der Widerstandsfähigkeit auf Grundlage des Diabetes. Ribbert.

---

5. **Dr. Woillez, Rhumatisme cérébral; traitement par les bains froids.** Rheumatismus mit Gehirnerscheinungen; behandelt mit kalten Bädern. (Le Scalpel. Dec. 1880.)

W. erinnert zuerst an die langen Debatten, welche dieser Gegenstand seit 1851 hervorgerufen, und begreift unter der Benennung „Rhumatisme cérébral" die im Verlaufe des acuten Gelenkrheumatismus auftretenden Gehirnerscheinungen in der Form von Gehirnreiz, furibunden Delirien und Coma mit meist lethalem Ausgange, ohne dass nachher das Bestehen einer eigentlichen Meningitis nachzuweisen wäre, eine wahre „Encéphalopathie rhumatismale". Es ist, wie schon Bricheteau betonte, eine Metastase, die sich den Gelenkerscheinungen substituirt, und die keine bei der Autopsie makroskopisch erkennbaren Gehirnläsionen hinterlässt. Seit man das Thermometer anwandte, konstatirte man in solchen Fällen von Delirien in der Achsel Temperaturen von 40°, 40°,5, selbst 42° C. Zu gleicher Zeit verschwinden die Gelenkerscheinungen, während dieselben beim Aufhören der Delirien wieder von Neuem auftreten; ja es können die Gehirn- und Gelenkerscheinungen bei demselben Kranken mit einander abwechseln. Sehr selten besteht Gelenk- und Gehirnleiden zu gleicher Zeit. Die Prognose des „Rhumatisme cérébral" ist nun bei exspectativem Verfahren absolut ungünstig. W. zeigt nun an der Hand einer sehr ausgedehnten Casuistik, dass bis zum Jahre 1870 alle wohl konstatirten Fälle von „rhumatisme cérébral" in 24 Stunden tödtlich endeten (bei sieben Fällen, die geheilt wurden, fehlte die Hyperthermie und das Aufhören der Gelenkaffection). Die dann von Wilson Fox zuerst angerathene Anwendung der Kälte wurde von Raynaud zuerst in der Form kalter Bäder ausgeführt und zwar mit dem besten Erfolge. 1875 wurden schon viele Heilungen publicirt; von 33 Fällen waren 19 auf die bisherige Art behandelt worden; tödtlicher Ausgang bei allen; während von den 14 übrigen mit kalten Bädern behandelten 10 geheilt wurden. W. führt dann aus seiner Privat- und Hospitalpraxis die



Fälle an, die er mit kalten Bädern, alle mit dem besten Erfolg, behandelt hat; selbst seit Anwendung des salicylsauren Natrons kommt er immer darauf zurück, sobald Nachlass der Gelenkschmerzen und freiere Beweglichkeit mit Auftreten von Delirien zusammenfällt. Als Indication für die kalten Bäder stellt er auf: Delirium mit Nachlass oder Aufhören der Gelenkfluxion und Temperatur von 40° und mehr; oder Delirium allein in Verbindung mit dieser hohen Temperatur. Entzündliche Complicationen von Seiten des Herzens, der Lunge oder der Pleura sind für ihn keine Contraindication.

Er gibt Bäder von 20° C. alle drei Stunden bis zum Aufhören des Deliriums und Wiedererscheinen der Gelenkaffection; der Kranke wird aus dem Bade gehoben, sobald er anfängt zu frösteln. Der Effect wird mit jedem folgenden Bade augenscheinlicher. Sind keine Bäder zu beschaffen, so verwendet er in kaltes Wasser getauchte und häufig gewechselte Leintücher. — Zum Schlusse bekennt sich der Verf. als eifrigen Gegner der kalten Bäder bei Typhus. —

Velten (Antwerpen).

---

6. **Amidon,** N.-York, **Facts and Figures on Cerebral-Thermometry.** Thatsachen und Zahlen zur Cerebralthermometrie. (N.-Y. Med. Rec. 25. Dec. 1880. S. 706.)

Bekanntlich hat Frank darzuthun versucht, dass der Stand eines Thermometers, das auf der Aussenseite des Schädels angebracht wird, keinen Schluss über die Schwankungen der Temperatur des Schädelinhalts erlaube. Zu diesem Ende leitete er heisses Wasser durch Bleiröhre, die sich an der Innenseite des Schädels befanden und notirte die Steigerung eines auf der Aussenseite befindlichen Thermometers. Er kam dabei zu dem Resultate, dass erst eine Steigung der innern Temperatur um 6° im Stande sei, eine Steigerung des äussern Thermometers um $^1/_{20}$° zu erwirken, somit dass alle Versuche eine Thermometrie der Schädeloberfläche auszubilden zwecklos seien. Amidon wiederholte diese Versuche mit demselben Resultat bis er sich erinnerte, dass Blei einen Widerstand gegen die Wärmeleitung leiste. Um diesen Uebelstand zu beseitigen, brachte er das warme Wasser mittelst eines Glas-Cylinders direkt auf die dura mater und mass nun den Einfluss auf ein auf der Aussenseite stehendes Thermometer. Details sowie die Abbildung sind im Original nachzusehen. Die gewonnenen Resultate, die sich auf den menschlichen Schädel beziehen, werden von A. folgendermassen zusammengefasst:

1) Die das Gehirn umgebenden Schichten (Knochen und Häute) leiten die Wärme in (auf der Aussenseite) messbaren Quantitäten.
2) Die Leitung ist eine bessere, wenn die Schichten selbst ungefähr die Normaltemperatur des lebenden Körpers angenommen haben.
3) Eine Steigerung der Temperatur wird erst nach 4 bis 8 Minuten äusserlich bemerkbar, das Maximum wird in 8 bis 12 Minuten erreicht. Ein Abfall der Temperatur verhält sich entsprechend.
4) Das Verhältniss der äussern zur innern Temperatur-Steigerung (als Mittel aus 80 Beobachtungen) ist wie 1 : 2.



Anschliessend wiederholt Amidon seine frühere Behauptung, dass heftige Muskelanstrengung der einen Seite, z. B. des einen Armes, eine bedeutende Steigerung der Temperatur der andern Kopfhälfte bedinge und theilt eine neue bezügliche Kurventafel mit. Bei all' seinen Versuchen will er Folgendes constatirt haben:

1) Die Kopftemperatur derselben Seite fällt während der ersten zwei Minuten, diese Erniedrigung hält während 4—5 Minuten an und kann bis 1° F (0,6° C.) betragen.
2) Nach der 6.—8. Minute steigt die Temperatur um nach der 8.—15. ihren alten Stand zu erreichen oder etwas höher zu gehen.
3) Die Temperatur der andern Kopfhälfte kann anfänglich um ein Geringes sinken, steigt aber mit der 5.—6. Minute. Die Erhöhung beträgt ¼—1° F. (0,14—0,6° C.).

Diese letzte Steigerung will A. durch die Thätigkeit des Centralorgans, die der andern (also der mit der Muskelthätigkeit gleichgelegenen) Seite durch Fortleitung der Wärme erklärt wissen. Diese Ergebnisse beziehen sich auf zahlreiche Messungen bei denen die Thermometer möglichst genau auf entsprechende Stellen der regiones parietales aufgesetzt wurden. Als wichtige Bedingungen zum Gelingen des Experiments werden angegeben; kräftige Versuchsperson, energische Muskelbewegungen, dünne oder kurze Kopfhaare, gleichmässige nicht zu hohe (bis zu 16° C.) Zimmertemperatur.

Warren.

---

7. **Kowalewsky, Das Wiegen von Epileptischen als objectives Anzeichen epileptischer Leiden.** (Archiv f. Psychiatrie XI. 2. Heft.)

Verf. hat gefunden, dass bei allen Formen von Epilepsie nach den Anfällen das Körpergewicht sinkt. Die Zahlen, welche er anführt, sind enorm hoch. Die Gewichtsabnahme bei der Epilepsie grand-mal beträgt 3—12 Pfund, bei der Epilepsie petit-mal 2—5 Pfund, bei der Epilepsia psychica ist sie immer sehr gross und beträgt zuweilen ¼ des ganzen Körpergewichtes. Die Wägungen fanden täglich zu bestimmten Zeiten und ausserdem nach den Anfällen statt. In veralteten Fällen ist die Abnahme des Körpergewichtes eine beschränkte; die Wiederherstellung des Verlustes soll sehr schnell von statten gehen. Verf. betrachtet das Fallen des Körpergewichtes nach einem epileptischen Anfalle als eines der wichtigsten objectiven Symptome der Krankheit, verkennt aber nicht, dass auch andere Ursachen, welche er in 6 Colonnen geordnet anführt und zu denen „spanische Fliegen und Verstopfung" gerechnet werden, einen Verlust des Körpergewichtes herbeiführen können.

Eickholt (Merzig).

---

8. **Kleudgen,** Bunzlau, **Albuminurie, ein Symptom des epileptischen Anfalls?** (Archiv f. Psychiatrie XI. 2. Heft.)

Die Ansichten der Autoren über das Auftreten von Eiweiss im Urin nach epileptischen Anfällen gehen auseinander. Der Grund scheint darin zu liegen, dass es sich im vorliegenden Falle einerseits um den



Nachweis sehr geringer Mengen Albumins im Urin handelt, anderseits der chemische Theil der Untersuchung unzulänglich ist. Was den letzteren Punkt betrifft, so muss bemerkt werden, dass sich Albumin bei Anwendung der gewöhnlichen Methoden leicht dem Nachweise entzieht. Sowohl Alkalien wie Säuren sind im Stande das Gerinnen salzsaurer Eiweiss-Lösungen beim Kochen zu verhindern. Diese Wirkung wird durch neutrale Salze in gehöriger Concentration aufgehoben und hat Heynsius als beste Methode zum Nachweis von kleinen Mengen Eiweiss in thierischen Flüssigkeiten folgende angegeben: Man setzt der Flüssigkeit Essigsäure zu bis zur deutlich sauren Reaction; wenn man darauf dieser sauren Flüssigkeit einige Cubikcentimeter concentrirte Kochsalzlösung zusetzt und sie erwärmt, so werden auch geringe Mengen Eiweiss vollkommen niedergeschlagen. Mit Rücksicht auf die Möglichkeit einer Verwechslung mit Mucinfällung nimmt Verf. anstatt Essigsäure reine Salpetersäure, anstatt einer ClNa-lösung nach Hoppe-Seyler eine Lösung von schwefelsaurem Natron. Die Untersuchung auf Eiweiss erfolgte daher auf folgende Weise: der vorher filtrirte Harn wird bis zum Sieden erhitzt, nach einigem Abkühlen reine Salpetersäure im Ueberschuss zugesetzt. Man lässt kurze Zeit stehen, versetzt dann die Probe mit einer der Harnmenge an Volumen etwa gleichen Quantität einer concentrirten Lösung von schwefelsaurem Natron, erhitzt aufs Neue und lässt 16—24 Stunden stehen: eine deutliche Opalescenz oder Trübung resp. ein amorpher Niederschlag ist als beweisend für die Gegenwart von Eiweiss anzusehen. — Unter Anwendung der beschriebenen Methode untersuchte Verf. den Urin von 36 männlichen und und 21 weiblichen epileptischen Kranken und zwar nicht nur unmittelbar nach den Anfällen, sondern auch in der anfallsfreien Zeit; er fand, dass in sieben Achtel der Fälle nach dem epileptischen Anfall minimale Mengen Eiweiss im Urin nachweisbar sind, dass aber auch in der anfallsfreien Zeit Eiweissreaction vorhanden ist, oft stärker wie kurz nach dem Anfall. Die Controlluntersuchung bei 60 männlichen an secundärer Seelenstörung leidenden Kranken ergab bei 11 Eiweissreaction in Form von Niederschlag. Völlig ohne Reaction auf Albumin blieb nur der Harn von einem Drittel aller Untersuchten, schwache Eiweissreaction trat bei allen Kranken ein, wenn das specif. Gewicht des Harns auf 1015 oder 1016 stieg. Dasselbe Resultat ergab sich bei der Untersuchung Gesunder. Am Ende seiner Untersuchungen glaubt Verf. zu folgenden Schlüssen berechtigt zu sein: Spuren von Eiweiss sind in jedem Harn nachweisbar und zwar nimmt die Deutlichkeit der Albuminreaction proportional dem specif. Gewichte des Harns zu; periodische Steigerungen des Eiweissgehaltes kommen vor, ohne dass dieselben Symptom einer Nierenerkrankung sind; eine nachweislich durch einen epileptischen Anfall verursachte Zunahme des Eiweissgehaltes im Harn ist selten und bei Männern in den meisten Fällen durch Samenbeimischung verursacht.

**Eickholt (Merzig).**

---

9. **Fürstner,** Heidelberg, **Ueber Delirium acutum.** (Archiv f. Psychiatrie XI. 2. Heft.)

Der Versuch, das sogenannte Delirium acutum auf organische Hirnveränderungen zurückzuführen, kann zur Zeit noch nicht als gelungen betrachtet werden. Die von Verf. beobachteten drei Fälle sind geeignet, neue Gesichtspunkte für die Auffassung des in Rede stehenden Krankheitsbildes zu gewinnen. Fall I und III als Manie, Fall II als Melancholie zu bezeichnen, hatten als Complication folgende für das Delirium charakteristische Symptome: Temperatursteigerung (nicht durch eine somatische Affection bedingt) ausgezeichnet durch beträchtliche Höhe und steil abfallende Curven, eigenthümliche Muskelthätigkeit in Form uncoordinirter, abrupter Contractionen, von denen es zweifelhaft ist, ob sie als willkürliche, tonische oder klonische aufzufassen sind, eigenthümliche dunkle Färbung des Blutes, Albuminurie, Neigung zu Dekubitus und perniciöser Ausgang. Der pathologisch-anatomische Befund von Seiten des Gehirns war ein durchaus negativer, dagegen zeigte die willkürliche Muskulatur eine eigenthümliche dunkle Färbung und trockene Beschaffenheit. Mikroskopisch fand sich exquisite wachsartige Degeneration der Muskelfasern in der von Zenker beschriebenen Form. Bei Fall III, welcher noch unter Beobachtung steht und auch wohl nicht zur Obduction gelangen wird, konnte an einer dem Biceps entnommenen Muskelprobe wachsartige Degeneration zwar nicht nachgewiesen werden, dagegen erschienen die Fibrillen typisch grobkörnig degenerirt. — Mit Rücksicht auf den durchaus negativen Gehirnbefund ist das Delirium acutum als funktionelle Störung aufzufassen, die freilich schwerer ist wie bei den einfachen Psychosen, da sie den Gesammtorganismus in Mitleidenschaft zieht. Die von Verf. zuerst beobachtete körnige und wachsartige Degeneration der Skelettmuskulatur wird als Ernährungsstörung innerhalb des Muskelgewebes oder als Folgeerscheinung directer Laesion der Fibrillen, hervorgerufen durch die stürmischen Muskelcontractionen, aufzufassen sein.

Mit dem Delirium acutum haben zwei andere Krankheitsbilder und zwar das Delirium tremens febrile und der Status epilepticus die Symptome einer „schweren" Affection gemeinsam, nämlich hohe Temperaturen, erschöpfende Muskelactionen, Störungen im Stoffwechsel, und den perniciösen Verlauf. Auch hier dürfen wir nur eine functionelle Störung annehmen, welche möglicherweise in Bahnen ausstrahlte, die bei den einfachen Psychosen verschont bleiben und die verschiedensten Hirngebilde in mannigfachen Combinationen in Mitleidenschaft zieht.

Eickholt (Merzig).

---

10. **Dr. A. Rheinstädter,** Cöln, **Ueber weibliche Nervosität, ihre Beziehungen zu den Krankheiten der Generationsorgane und ihre Allgemeinbehandlung.** (Volkmann's Sammlung klin. Vorträge. No. 188.)

Nach R. hat die Nervosität bei beiden Geschlechtern, namentlich dem weiblichen, in den letzten Jahrzehnten eine Zunahme erfahren, zum grossen Theil durch die Erhöhung der Ansprüche, welche an die



Thätigkeit des Weibes gestellt werden. Bei den Frauen der höhern Stände sind es vorwiegend die Ansprüche, welche für die geistige Ausbildung an die Gehirnthätigkeit herantreten, psychische Einflüsse (Finkelnburg, Correspondenzblatt des Niederrheinischen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege. III. Quartal 1879), die neben ungesunder Lebensweise und erblicher Anlage die Entwicklung der Nervosität begünstigen, während sie bei den Frauen der ärmeren Klassen mehr auf rein somatischem Wege entsteht durch gesundheitswidrige Beschäftigungen in den Fabriken, frühzeitigen Excessen in Venere, sexuelle Erkrankungen, Wochenbetten im 16. oder 17. Lebensjahre mit mangelnder Pflege und ungenügender Schonung hinterher. Durch die rasche Ausbildung der Gynäkologie, feinerer Diagnose und häufigerer Heilung, entschliessen sich die Frauen leichter zur gynäkologischen Behandlung, so dass selbst statt der früheren Scheu vor der Genital-Untersuchung eine wahre Hysteromanie in dem Sinne sich ausgebildet hat, dass jede Frau, die an Migräne, Magenkrampf, Palpitationen leidet, uterinkrank zu sein wähnt und dementsprechend gynäkologisch behandelt wird, aber mit dem Arzte monate-, ja jahrelang auf die Heilung der nervösen Beschwerden wartet. — Die Entwicklung der Nervosität in Folge eines sexuellen Leidens hängt von dem depotenzirenden Einflusse desselben auf die Constitution ab, hierbei kommen Anämie und Chlorose mit konsekutiver mangelhafter Ernährung des Nervensystems, Blutverluste, rasch aufeinanderfolgende Schwangerschaften (cfr. Eulenburg, Lehrbuch der Nervenkrankheiten) als somatische Ursachen vorwiegend in Betracht. Indem R. die Genital-Erkrankungen einzeln durchgeht, welche Nervosität herbeiführen können, kommt er zu dem Schlusse, dass denselben nicht der grosse Einfluss für die Entstehung der letztern zugeschrieben werden darf, wie dies gemeiniglich geschieht, vielmehr sind die angeborene Anlage, die Lebensweise, die Erziehung und psychische Einflüsse (geistige Ueberanstrengung, Schrecken, Sorgen und Kummer) für die Entwicklung der weiblichen Nervosität von viel grösserer Bedeutung, als die Erkrankungen der Generationsorgane. Bei der Allgemeinbehandlung ist die Belehrung der Patientin und ihrer nächsten Umgebung über die gefahrlose Natur ihres Leidens von Wichtigkeit. In medikamentöser Hinsicht warnt Verf., abgesehen von den akuten Anfällen, vor den Narkoticis, die bei längerer Anwendung den Dienst versagen und die Erregbarkeit des Nervensystems entschieden verschlimmern. Das einzige Vertrauen verdienende Medikament ist das Eisen, meist mit Pulv. Rhei versetzt, sodann Eisenwässer, kurgemäss im Sommer gebraucht. Verf. empfiehlt häufige kleinere Mahlzeiten, nahrhafte Kost, den Tag über eine Flasche Wein, Abends eine Flasche Bier zur Beförderung des hochwichtigen Schlafes, Abends langes Aufbleiben, spätes Aufstehen am Morgen, Mittags eine Zeit lang zu liegen, beständigen Aufenthalt in frischer Luft als das beste Nervinum, Aufenthalt im Hochgebirge oder am Seestrand, hauptsächlich Kaltwasserheilanstalt, Seebad und geistige Schonung. Prophylaktisch ist die Berufswahl von grösster Bedeutung. Nervöse Mädchen sollen zu Feld- und Gartenarbeiten, zum Hausiren und Kolportiren herangezogen werden, keine sitzende Lebens-

weise führen, Haushälterinnen werden, eine auf Stärkung des Willens hinzielende geistige und hygieinisch geregelte körperliche Erziehung erhalten, turnen und schwimmen. Nervösen, nicht allzu schwächlichen Mädchen empfiehlt R. die Heirath, weil er es oft gesehen habe, dass durch nicht zu schnell aufeinanderfolgende Schwangerschaften eine vollständige Umänderung der ganzen Constitution zum Bessern sich vollzog und weil das Gemüth im häuslichen Zusammenleben eher Befriedigung findet. Oebeke (Endenich).

---

### 11. Dr. A. Seeligmüller, Zur Pathogenese der peripheren Krämpfe.

(St. Petersb. mediz. Wochenschr. 1881. Nr. 2.)

I. Ueber die Entstehung gewisser kombinirter Krampfformen aus einem auf einen einzelnen Muskel beschränkten Krampf.

In mehrfachen Beobachtungen von kombinirten Krämpfen der Halsmuskulatur glaubt S. ein pathogenetisches Moment darin gefunden zu haben, dass er auf eine Bewegung stiess, welche mit besonderer Energie ausgeführt wurde, und welche sich in gewissen Zwischenräumen regelmässig wiederholte. „Sie ist die primäre Bewegung, welche die Pause immer wieder unterbricht, während die übrigen Bewegungen (die sekundären) nur zu geschehen scheinen, um dieser Hauptbewegung entgegen zu arbeiten.“ Anfangs war nur der Eine Muskel ergriffen, z. B. der rechte sternocleidomastoideus; dann bemühte sich der Kranke willkürlich durch dessen Antagonisten — den linken sternocleidomastoideus und den rechten splenius — den Kopf in die normale Lage zurückzubringen. „Durch die häufige Wiederholung dieser forcirten Anstrengungen werden dann die Antagonisten, nach dem bekannten Schema der Beschäftigungskrämpfe, selbst krampfhaft afficirt, so dass dieselben sehr bald auch ohne einen besonderen Willensimpuls auf jede Contraktion der primär befallenen Muskeln ihrerseits mit Contraktion antworten.“ In derselben Weise erklären sich die Mitbewegungen benachbarter Muskeln.

II. Ueber die Entstehung unwillkürlicher Krampfbewegungen aus oft wiederholten willkürlichen Bewegungen.

Magdalena R., 10 Jahre alt, zeigt seit 4 Jahren klonische Krämpfe an gewissen Kopf- und Halsmuskeln; dieselbe hat vor 4 Jahren und früher im Verein mit ihren Geschwistern sich tagtäglich im Grimassiren geübt, und S. „steht nicht an, zu behaupten, dass die unwillkürlichen Muskelkontraktionen, von denen jetzt Pat., wenn sie sich nicht im Spiegel beschaut, nicht das Geringste merkt, hervorgegangen sind aus willkürlichen, gewollten Bewegungen.“ „M. Benedikt erzählt von einem Militair, welcher, um loszukommen, Zittern des rechten Arms mit grossem Geschick simulirte. Als er aber nach monatelangem gewolltem Zittern die Simulation eingestand und das Zittern lassen wollte, konnte er es nicht lassen: der Arm zitterte weiter.“ „Warum nicht alle Kinder, welche zu ihrem Vergnügen grimassiren, klonische Krämpfe in den betr. Muskeln bekommen? diese Frage ist leicht zu beantworten. Die centralen Hemmungsapparate für unwillkürliche Bewegungen sind bei dem einen Individuum von Haus aus schwächer



angelegt als bei anderen.“ S.'s Ansicht über die Entstehung der Krämpfe in dem obigen Falle findet eine Bestätigung dadurch, dass nach vergeblicher Anwendung der gebräuchlichen Mittel eine psychische Behandlung zur Heilung führte.

E. Bardenhewer.

---

12. **Hammond, On a new treatment of Neuralgia of the Testis.** Ueber eine neue Behandlung der Hodenneuralgie. (St. Louis Courier of Medicine 1880. Ausführliches Referat in Lond. Med. Rec. Jan. 1881. S. 17.)

H. will in 2 Fällen eine Beseitigung der lästigen Schmerzen dadurch erzielt haben, dass er mittelst geeigneter Vorrichtungen einen sehr starken Druck auf den Samenstrang möglichst weit oben ausübte und denselben etwa 15 Minuten lang wirken liess. Nach H. müsse „der Druck so stark sein, dass die Axencylinder der Nerven zerdrückt werden.“ Die Neuralgie wird als heftiger Schmerz beschrieben, der Hoden und Strang bis zum äusseren Leistenring befalle und von einem heftigen Cremasterkrampf begleitet werde; nur der rechte Hode sei afficirt gewesen. Nur in einem Falle wird Excessus in venere als ursächlicher Moment angeführt, Syphilis wird in beiden Fällen geleugnet.

Warren.

---

13. **Asphyxie des nouveau-nés.** Asphyxie der Neugeborenen. (Gazette des hôpitaux 1881. No. 6.)

Hoyard hatte bei einem asphyktischen Neugeborenen anderthalb Stunden lang alle gebräuchlichen Mittel ohne Erfolg angewendet, da tauchte er es nach der Vorschrift Le Bon's in ein mit 50° heissem Wasser gefülltes Gefäss; nach 30 Sekunden machte es eine Inspiration, nach 2 Minuten athmete es. — Fort theilte im vorigen Jahre mit, dass es ihm gelungen sei, ein drei Jahre altes Kind, welches seit sieben Stunden todt schien, durch vier Stunden lang fortgesetzte künstliche Respiration zu retten.

E. Bardenhewer.

---

14. **Dr. Emile Deghillaye** (Mons), **Hoquet continu avec complication de spasme de la glotte; emploi de la pression épigastrique.** Anhaltender Singultus mit Spasmus glottidis; behandelt durch Druck auf das Epigastrium. (Le Scalpel, 5. Déc. 1880.)

Dr. D. bespricht den fortwährenden Singultus, der häufig mit Spasmus glottidis complicirt ist; er empfiehlt für diese den Kranken sowohl als die Umgebung sehr beunruhigenden Zufälle eine einfache und durch den unmittelbaren Erfolg in vielen Fällen bewährte Methode, die schon von Bostan angegeben wird: man soll die Hand flach auf das Epigastrium unterhalb des Processus xiphoides auflegen und stark drücken; bleibt diese Behandlung ohne Erfolg, so soll man auf diese



Stelle eine starke Pelotte von Leinwand mittelst einer Serviette fest aufbinden und nach einigen Stunden wieder entfernen; der Singultus soll dann verschwunden sein und sich nicht wieder einstellen.

Velten (Antwerpen).

---

15. **Rossignol, Abcès du foie, récidive; guérison par les incisions simples.** Leberabscess, Recidiv; Heilung durch einfache Incisionen. (Gazette des hôpitaux 1881. No. 6.)

Im Anschluss an die Mittheilung von M. Depaul, dass er in einem Falle von Leberabscess ein glückliches Resultat erzielt habe durch einfache Incision und „gewöhnlichen" Verband, berichtet J. Rossignol von einem Ackersmann, 64 Jahre alt, welcher durch die innerhalb drei Wochen zwei Mal ausgeführte Punktion mit einfachem Troikart, welche jedes Mal ein „grosses Glas" chokoladefarbenen Eiters entleerte und durch fortgesetzte Applikation von Kataplasmen von einem Leberabscess geheilt wurde. Ohne die günstigen Erfolge der modernen Behandlungsweisen zu verkennen, glaubt die Gazette doch diese durch die früheren einfachen Methoden erzielten Resultate betonen zu sollen.

E. Bardenhewer.

---

16. **Dr. R. Ultzmann, Ueber Blasenkatarrh und Alkalescenz des Harns in Bezug auf Steinoperationen in der Blase.** (Wien. Medic. Presse 1881. No. 1 u. 3).

Verf. nimmt Gelegenheit über Blasenkatarrh und ammoniakalische Harngährung zu schreiben, weil man diesen Verhältnissen auf das Gelingen der Steinoperation so grossen Einfluss zuschreibt. Während man früher den Begriff der katarrhalischen Entzündung der Blasenschleimhaut und die Entstehung von kohlensaurem Ammoniak so eng verbunden erachtete, dass man die alkalische Reaction des Harns für ausreichend zur Diagnose des Blasenkatarrhs hielt, weiss man jetzt, dass es sowohl Blasenkatarrhe mit saurer Reaction des Harns, als alkalische Reaction ohne Blasenkatarrh giebt.

U. glaubt, dass ein primärer Blasenkatarrh entweder gar nicht existirt oder doch zu den grössten Seltenheiten gehört. Die genaue Eruirung der Aetiologie weist stets darauf hin, dass der Katarrh nur die Folge einer andern Erkrankung war, oder dass andere Erkrankungen wenigstens die Disposition zur katarrhalischen Affection herstellten, sodass das ätiologische Moment Erkältung nur mit Vorsicht anzunehmen bleibt. Die Blase liegt einestheils so geschützt, anderntheils ist ihre Wandung gegen percutan wirkende Momente so widerstandsfähig, dass sie dadurch vielen Katarrhe erzeugenden Momenten, die auf andere Schleimhäute einwirken können, entrückt ist. Eine häufige Ursache dagegen bildet die Fortleitung der Entzündung aus der Harnröhre (Gonnorrhoe). Diese Möglichkeit besteht selbst dann, wenn die Infection der Harnröhre schon vor sehr langer Zeit stattgefunden hatte; ebenso wie Hodenentzündungen durch irgend ein schädigendes Moment veranlasst werden, wenn selbst vor langer Zeit Gonorrhoeen bestanden



hatten. Ein zweites Moment bilden Skrophulose und Tuberculose; ein drittes fieberhafte Krankheiten (Exantheme); ein viertes Altersveränderungen in Blase oder Prostata, die auf mechanischem Wege die Ursache zum Katarrhe erzeugen.

Zur Diagnose des Blasenkatarrhs werden gewöhnlich und oft ohne die nöthige Vorsicht zwei Symptome verwerthet: Harndrang und alkalische Reaction des Harnes. Der Harndrang kommt aber auch vor bei Allgemeinkrankheiten (Diabetes, Hydrurie) oder bei Spasmus detrusorum vesicae infolge von Leiden des Centralnervensystems und ist desshalb nur dann für Blasenkatarrh characteristisch, wenn der Harn die Beimischungen des Katarrhal-Secretes hat.

Für die Alkalascenz des Harns sind zwei Formen zu unterscheiden: Dieselbe ist bedingt entweder durch Gegenwart fixer Alkalien, characterisirt dadurch, dass man Kalk- und Magnesiasalze findet, aber ohne Ammoniakverbindung. Dies kommt vor bei nervösen Erkrankungen, bei vegetabilischer Nahrung, reichlichem Genuss von alkalischen Wässern. Der Harn wird dann schon in den Nieren alkalisch ausgeschieden. Einführung von Säuren (Siphon), animalische Nahrung, führt dann leicht zur sauren Reaction. Oder aber die Alkalescenz beruht auf der Entstehung von Ammoniak. (Phosphorsaure Ammoniak-Magnesia). Dies kommt vor im Verlauf oder der Reconvalescenz fieberhafter Krankheiten („Gebrochensein“) oder bei Blasenkatarrh, der dann aber auch katarrhalisches Secret beimische. Der Harn wird dann sauer von der Niere secernirt, erliegt aber durch Einfluss eines Ferments (Musculus) der ammoniakalischen Gährung. Den dabei häufigen Bacterien ist wohl für die ammoniakalische Harngährung nur oberflächliche Bedeutung zuzuschreiben.

Finkler.

---

### 17. Méthode thérapeutique de la syphilis à l'hôpital de Lourcine.

Behandlungsweise der Syphilis in dem Hospital Lourcine, Paris, (Gazette des hôpitaux, 1880. No. 6.)

Fournier's Behandlung der Syphilis zeichnet sich aus durch ihre lange Dauer und durch die Abwechslung in der Darreichung von Arzneien mit Ruhe-Pausen, um Saturation und Angewöhnung zu vermeiden. Dieselbe gestaltet sich folgendermassen: 2 Monate lang Quecksilber, 1 Monat Pause; 6 Wochen bis 2 Monate lang Quecksilber, 3 Monate Pause; 6 bis 8 Wochen lang Quecksilber, 4 bis 5 Monate Pause; 4 bis 5 Wochen lang Quecksilber und so fort $2^1/_2$ Jahre lang. Dabei ist Rücksicht zu nehmen auf Temperament, Constitution und etwaige Diathese des Kranken.

Auf dieselben Grundsätze stützt sich die Behandlung, welche Martineau in Lourcine eingeführt hat; sie unterscheidet sich aber von der Fourniers dadurch, dass M. vom 1. J. an neben dem Quecksilber Jodkali und am Ende des 2. Jahres Schwefelpräparate anwendet. Im 1. Jahre gibt M. 4 Monate lang Quecksilber, dann 3 bis 4 Monate lang Jodkali, dann 2 Monate lang Quecksilber und 2 Monate lang Jodkali, darauf 1 Monat Pause. Im 2. Jahre gibt er 1 Monat lang



Quecksilber, 2 Monate lang Jodkali, dann 2 Monate Pause; darauf 1 Monat lang Quecksilber, 3 Monate lang Jodkali, dann 3 Monate Pause. Während dieser Pause werden Schwefelbäder genommen und wird Schwefelwasser getrunken. Auch wenn unter dem Einfluss dieser Medikation keine Zeichen der Syphilis auftreten, gibt M. im 3. Jahre 1 bis $1^1/_2$ Monat lang Quecksilber, 2 Monate lang Jodkali, dann 3 Monate Pause; darauf 1 Monat lang Quecksilber, 2 Monate lang Jodkali und dann 3 Monate Pause, während welcher Schwefelpräparate in Anwendung kommen. Erscheinen jetzt Symptome der Krankheit, so wird die Behandlung des 3. Jahres noch einmal wiederholt; bleibt der Kranke frei davon, so lässt M. ihn dennoch noch ein 3. Mal sich der Behandlung mit Schwefelpräparaten unterziehen; denn er sieht darin einen Prüfstein für das Bestehen der Krankheit.

M. beginnt die antisyphilitische Behandlung „3 bis 4 Wochen nach dem Auftreten des Schankers, dann, wenn die ersten sekundären Symptome sich zeigen". Die von ihm angewandten Quecksilberpräparate sind Sedillot's Pillen, der Liqueur van Swieten's und die Dupuytren'schen Pillen. Die tägliche Dosis des Jodkali ist 0,5 bis 1,0.

E. Bardenhewer.

---

18. **Friedberg, Ein Fall von tödtlicher acuter Vergiftung durch Carbolsäure.** (Virch. Arch. Bd. 83. S. 132.)

Ein Student erhielt bei einer Schlägermensur eine Wunde in der rechten Hälfte der Stirngegend. Die Wunde wurde genäht, es bildete sich aber bis zum folgenden Tage ein Abscess aus, der geöffnet wurde und von da ab regelmässig mit Carbolsäure verbunden, die sich in einer Flasche in einer 50procentigen Lösung befand und zum jedesmaligen Gebrauche verdünnt wurde. Daneben wurde eine Chininlösung ordinirt. Ein Freund des Patienten verwechselte nun am 5. Tage nach der Mensur die beiden Arzneiflaschen und gab dem Kranken einen Esslöffel voll Carbolsäurelösung (nach der Berechnung $8^1/_2$ Carbols.), die dieser sofort hinunterschluckte. Der gleich darauf hinzukommende Arzt versuchte Alles, um Erbrechen zu erregen, aber der Patient starb unter Delirien und Krämpfen nach 12 Minuten. Bei der Section fanden sich auf der Zunge, im Oesophagus und Magen vielfache injicirte Stellen und Defekte, die chemische Untersuchung wies Carbolsäure nach. Die Todesursache ist demnach zweifellos. Es kann also der Tod eines 23jährigen Mannes durch Verschlucken von $8^1/_2$ Gr. Carbolsäure in 12 Minuten herbeigeführt werden.

Ribbert.

---

19. **Dr. Manouvriez,** de Valenciennes, **Empoisonnement aigu par le chlorate de potasse, administré par erreur comme purgatif au lieu de sulfate de Magnésie.** Acute Vergiftung mit Kali chloricum. (Annales d'hygiène publique.)

Ein Bauer aus dem Dorfe Tulle erhielt von der Magd eines Officier de santé anstatt der verlangten schwefels. Magnesia 50 grm chlorsaures Kali, wovon er 35 grm auf einmal einnahm. Nach heftigen Koliken und fortwährendem Erbrechen grüner Massen traten Convulsionen auf, die Haut wurde cyanotisch und 8 Stunden nach Einnahme des Salzes trat der Erstickungstod ein. Die am folgenden Tage vorgenommene Section ergab: Leichenstarre, schiefergraue Färbung der Haut, Hyperaemie des Tractus intestinalis, in der Nähe des Pylorus eine Fünffrancsstück grosse Ecchymose. Leber, Milz und Nieren mit dunkelgrünem Blut durchtränkt. Lungen normal. Herz schlaff, mit braunschwarzem Blut erfüllt, zum Theil coagulirt. Im Urin wurde chemisch die Anwesenheit von chlorsaurem Kali nachgewiesen, im Blute war der Nachweis zweifelhaft.

Verf. erwähnt bei der Gelegenheit die Thierexperimente von Socquet und G. Sée, welche 30 resp. 45 grm Kali chlor. an einem Tage in fractionirten Portionen ohne schädliche Folgen eingaben, und erklärt diese Resultate aus der schnellen Elimination des Salzes durch den Urin.

Velten (Antwerpen).

---

## Neue Bücher.

Alibert, Considérations anatomiques et pathologiques sur quelques observations de fistules ano-périnéales à deux étages. Paris, Parent.

Bouzol, Traitement du goître kystique par le drainage capillaire. Paris, Delahaye & Lecrosnier. 3 fr.

Breynaert, Des accidents bronchiques et broncho-pneumoniques de la variole. Paris, Delahaye & Lecrosnier. 3 fr.

Brodie, Leçons sur les affectations nerveuses locales. Paris, Delahaye & Lecrosnier. 1 fr. 50 cts.

Charpentier, De l'hydramnios et en particulier de l'hydramnios aiguë considérée au point de vue de l'étiologie, de la symptomatologie et du traitement. Paris, Delahaye & Lecrosnier. 3 fr.

Depaul, Archives de Tocologie des maladies des femmes. 7e année (1880). Paris, Delahaye & Lecrosnier. 18 fr.

Dibot, Des hemorrhagies et de leur traitement d'après la methode du docteur Ludlam. Paris, Delahaye & Lecrosnier. 50 cts.

Fabre, Quelques considérations étiologiques sur le zona. Paris, Delahaye & Lecrosnier. 1 fr.

Fabre, Trois cas de pustule maligne opérée par le thermo-cautère. Paris, Delahaye & Lecrosnier. 1 fr.

Fabre, Fragments de clinique médicale. Paris, Delahaye & Lecrosnier. 4 fr.

Firket, Contribution à l'étude de la méningite latente chez les pneumoniques. Paris, Delahaye & Lecrosnier. 1 fr. 50 cts.

Gellé, De l'oreille. Anatomie normale et comparée, embryologie, développement, physiologie, pathologie, hygiène, pathogénie et traitement de la surdité. Paris, Delahaye & Lecrosnier. 5 fr.

---

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.



Erscheint wöchentlich.
Jeder Jahrgang umfasst
52 Bogen nebst Titel
und Register.

Preis des Jahrg. 18 M.,
zu beziehen durch alle
Buchhandlungen und
Postanstalten.

# Centralblatt
für
# KLINISCHE MEDICIN.

Redigirt von

**Dr. H. Rühle,** Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

**Dr. D. Finkler,** Privatdocent und Assistent an der medicin. Klinik in Bonn.

**1881. 11. Februar. Nro. 46.**

**Inhalt.** Referate: 1. **Eberth,** Zur Kenntniss der mykotischen Processe. — 2. **Baraduc,** Etiologie de la fièvre typhoide. — 3. De la transmissibilité de la rage. — 4. **Mosler,** Ephemera. — 5. **Olshausen,** Ueber die Pulsverlangsamung im Wochenbett und ihre Ursache. — 6. **Gowers,** On syphilis and locomotor ataxy. — 7. **Sutton,** Aneurism of the arch of the aorta cured by rest, restricted diet, and iodide of potassium and ergot. — 8. **Oser,** Die Ursachen der Magenerweiterung und der Werth der mechanischen Behandlung bei derselben. — 9. **Mosler,** Gastrisches Fieber. — 10. **Maurer,** Beitrag zur Toxicologie der Morcheln (Stockmorcheln, Lorchel, Helvella esculenta) nach Beobachtungen am Menschen. — 11. **Bostroem,** Ueber die Vergiftung durch Morcheln. — 12. **Schüler,** Ein Fall von Atropinvergiftung, durch Morphium subcutan geheilt. — Vergiftung durch Helvella esculenta.

1. **C. J. Eberth,** Zürich, **Zur Kenntniss der mykotischen Processe.**
(Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. XXVIII. Heft 1, p. 1.)

Verf. führt eine Anzahl von Fällen an, in welchen frisch entzündete Herde Mikroorganismen enthielten. Abgesehen von einigen Fällen von maligner Ostitis war für die sog. „spontanen Eiterungen" innerer Organe der Nachweis der Mykosis noch nicht erbracht.

Pneumonie und Meningitis. Es fragt sich, ob die eine croupöse Pneumonie complicirende Meningitis nur Coeffect einer allgemeinen Infektion ist, oder ob die frisch entzündete Lunge die Fähigkeit besitzt, eine Eiterung der Pia zu erzeugen, oder ob letztere nicht die Folge einer secundären Infektion der schon entzündeten Lunge ist. Der folgende Fall dürfte über die nächste Ursache der bei Pneumonie vorkommenden Meningitis Aufschluss geben. Bei einem an Pneumonie des r. Unterlappens erkrankten P. trat am 8.—9. Tage plötzliche Temperatursteigerung (40°) mit Symptomen auf, welche auf eine metastatische Meningitis hinwiesen und nach einem Tage zum Tode führten. Die Sektion bestätigte diese Diagnose. In der Subarachnoidealflüssigkeit, in der Pia, deren Fortsätzen und den Scheiden der ins Gehirn aus der Pia eintretenden Gefässe fanden sich zahlreiche Mikrokokken, meist als Zwillinge, seltener vereinzelt oder in Colonien von Diplokokken. Die gleichen Diplokokken kamen im Exsudat der grau hepatisirten Lungenpartien und sehr zahlreich in dem eitrig fibrinösen Belag der Pleura, sowie in dieser selbst vor. Die Colonien unterscheiden sich von der rundliche Ballen bildenden Zoogloeaform des Diphtheriemikro-



kokkus dadurch dass sie platte 2—3-schichtige Haufen bilden, weniger dicht liegen und weniger scharf begrenzt sind, der gallertigen Zwischenmasse zu entbehren scheinen und keine längeren Streptokokken bilden. Bei Kettenbildung besteht zwischen den einzelnen Diplokokken ein Zwischenraum. „Es sind also die in der Lunge, der Pleura und der Pia gefundenen Organismen als eine von dem gewöhnlichen Diptherie- und Pyämiemikrokokkus verschiedene Form zu betrachten.“ In Präparaten von pyämischer Meningitis dagegen hat Verf. in der Subarachnoidealflüssigkeit dieselben Organismen wie bei Pyämie gefunden. Die im vorliegenden Falle gefundenen Mikroorganismen haben grosse Aehnlichkeit mit denen welche Klebs bei Pneumonie (Monas pulmonale) in den Lungen selbst und mehrfach in der Hirnventrikelflüssigkeit, sowie bei einem Falle von Pneumonie mit eitriger Meningitis ähnlich in den Einlagerungen der Pia gefunden hat. Da in E.'s Fall die epidemische Form (es herrschte damals keine Epidemie) ausgeschlossen werden kann, so muss es sich entweder um eine selbständige oder um eine im Verlaufe der Pneumonie aufgetretene metastatische Meningitis handeln. Wenn auch die erstere Möglichkeit (cf. folgenden Fall) nicht zu bestreiten ist, so darf doch nicht unbeachtet bleiben, dass die Meningitis zu einer Pneumonie hinzugetreten ist. Zudem fand sich in einem von zahlreichen Schizomycaten durchsetzten Lungenabschnitt in einer ca. ½ mm dicken Vene ein graurother Thrombus mit vielen Organismen, der wohl als nächste Quelle für die Infektion der Pia anzusehen ist. Das Fehlen sekundärer mykotischer Herde in diesem und dem folgenden Falle erklärt sich daraus, dass die Kokken der monadistischen Meningitis keine grossen Colonien bilden und in Flüssigkeiten selten als grössere Ketten, sondern fast nur als Diplokokken auftreten, so dass sie den Körper leichter passiren als die pyämischen Organismen. Einen ähnlichen Grund vermuthet E. für die Seltenheit sekundärer Erkrankungen bei der epidemischen Form der Cerebrospinalmeningitis. — Um dem Einwande zu begegnen, dass die Organismen in der Subarachnoidealflüssigkeit erst post mortem von anderen Theilen aus dahin gelangte Fäulnissorganismen seien, weist E. durch eine Reihe von Untersuchungen dieser Flüssigkeit aus Leichen verschiedenen Alters nach, dass die von ihm 17 Stunden post mortem gefundenen Bakterien nicht erst postmortal aufgetreten sein können.

Mykotischer Pyocephalus. Eine 28jährige Dienstmagd, die als Kind von einem Wagen überfahren worden, der ihr über den Kopf ging, wird von heftigen Kopfschmerzen mit Uebelkeit, Erbrechen und Schwindel beim Gehen, befallen. Sie hatte an den gleichen Symptomen schon 2 Mal in früheren Jahren gelitten. Ueber ein Jahr später Sehstörung, plötzliche Erkrankung mit wühlendem Kopfschmerz, Erbrechen und hohem Fieber. Es bestand rechtsseitige Facialisparese, Erweiterung der rechten Pupille, folgten Unruhe und nächtliche Delirien, Zähneknirschen, Nackenschmerzen, geringe Parese des linken Facialis. Temperatur bis 40,3°. Ohne Convulsionen Tod nach 15 Tagen. Sektion: Dura mater an der Basis (Sella turcica und Hinterhauptsbein) stark verdickt und mit der Arachnoidea verwachsen — jedenfalls ein chronisch entzündlicher Process der wohl auf die Verletzung in der Kindheit bezogen werden kann; ferner die Ventrikel enorm erweitert, ihr



Ependym verdickt, granulirt und injicirt, gefüllt mit gelbgrünem, nicht stinkendem Eiter. Da diese Veränderungen nicht als acute Entzündung aufgefasst werden können, glaubt E. sie „mit einer im Verlauf einer traumatischen Meningitis aufgetretenen Hydrocephalie“ in Beziehung bringen zu müssen. Im Eiter fanden sich Einzelkokken, zweipaarige Streptokokken und vorwiegend Diplokokken, die denen im obigen Falle glichen. Ferner fand sich „eine Verwachsung des rechten Stirnlappens mit den Rändern einer alten, aber nicht vollkommen geschlossenen Fissura der die Stirnhöhle begrenzenden Knochen“. Da weder im Blute noch sonstwo Organismen vorhanden waren, so hält es E. für wahrscheinlich, dass durch die erwähnte Fissur eine Implantation von in die Stirnhöhle gelangten Organismen auf die fast freiliegende Hirnpartie stattgefunden habe. — Der Fall zeigt, dass auch ohne eitrige Entzündung der Hirnhäute und Hirnsubstanz eine auf die Ventrikel beschränkte Eiterung möglich ist.

Phlegmonöse Gastritis und Oesophagitis. Fall I. Mykotische Mediastinitis und Oesophagitis, sekundäre eitrige Pleuritis und Peritonitis. 7jähriger Knabe, der vermuthlich Scharlach durchgemacht, kommt unter dem Bilde der Nephritis scarlatinosa mit Ascites und Hydrothorax in Behandlung. Ein Pleuraerguss und Athembeschwerden veranlassen zur Punktion, durch welche serös-eitrige Flüssigkeit entleert wird. Nach 15 Stunden exitus letalis. Bei der Sektion (9 Stunden post mortem) findet sich „eine eitrige, auf die Wurzel des Gekröses ausgebreitete Mediastinitis und Oesophagitis neben eitriger Pleuritis und Pericarditis. Im Eiter und in der Oesophaguswand eine grosse Menge von Mikrokokken, meist in Streptokokkenform. Da eine postmortale Einwanderung derselben in die entzündeten Theile vom Darm und Oesophagus ebensowenig wie von der Punktionsöffnung aus anzunehmen ist, glaubt E. an seiner Diagnose „mykotische Mediastinitis mit sekundärer Pleuritis“ festhalten zu müssen. Der Weg der Infektion war nicht zu ermitteln.

Fall II. Mykotische Gastritis und Oesophagitis. Mykotische Synovitis des linken Ellenbogen- und Kniegelenks mit Eiterung der anliegenden Muskeln war der Befund bei einem 42jährigen Pat., der moribund mit Delirien, hohem Fieber und Cyanose in Behandlung gekommen. Die eitrig infiltrirte Oesophaguswand enthielt grosse Haufen von Mikrokokken, die verdickte Magenmucosa nur Eiterkörper, der Eiter des Ellenbogengelenks und der Muskeln Ketten- und Einzelkokken. Ueber den Gang der Invasion war auch hier nichts zu ermitteln.

Auch einen von Ackermann beschriebenen Fall von primärer Phlegmone des Magens glaubt E. als Mykose deuten zu müssen, da die mikroskopischen Bilder frappant „den bekannten Figuren von mikrokokkischen Gefässverstopfungen“ glichen. — Wenn daher schon die sogen. metastatischen Formen der Oesophagitis und Mediastinitis unzweifelhaft „gleichen Ursprungs sind wie die multiplen Eiterherde der Pyämischen, so dürfte durch obige Mittheilungen der Beweis gebracht sein, dass auch die primären Phlegmonen der Speiseröhre und des Magens auf Mikrokokkeninvasion beruhen und dass sie neben mikro-



kokkischen Eiterungen anderer Theile (wie in den Muskeln und den Gelenken) vorkommen".

Phlegmone des Pharynx und Larynx. Ein 47jähriges Individuum mit ausgesprochener Bulbärparalyse geht zu Grunde unter starker Schwellung der Schlundorgane und totaler Schluckbehinderung, hohem Fieber und Bronchitis. Zu beiden Seiten der Tonsillen zeigten sich zuletzt eitrige Schleimhautinfiltrate. Sektionsbefund: „Atrophie der linken Olive und Pyramide, des linken Oculomotorius, Facialis, Abducens, der linken Hälfte des Hals-, Brust- und Lendenmarks, Phlegmone des Pharynx und Kehlkopfs. Bronchitis, Lungenhyperämie, Milztumor." Die im Schlund und Kehlkopf bei Lebzeiten haftenbleibenden Speisereste und Sputa sind jedenfalls die Ursache der Rachenentzündung gewesen. Die Tonsillen zeigten spärliche, oberflächliche Geschwürchen und im Innern einige kleine Abscesse; sowohl oberflächlich wie in den vereiterten Follikeln Mikrokokken in ziemlich geringer Anzahl. Sehr reichliche Massen aber waren in der eitrig infiltrirten Pharynxwand und in den Aryknorpeln vorhanden, und zwar in und um die mucösen und submucösen Lymphgefässe und in der Pharynxmuskulatur.

Mykotische Ostitis. Fall I. Mykotische Periostitis beider Oberschenkel, Markabscesse des einen Femur, eitrige Periostitis der Clavicula, Lungen- und Nierenabscesse. Plötzliche Erkrankung eines 15jähr. Pat. mit Anschwellung und Schmerzhaftigkeit des rechten Knies unter Fieberfrösten, Ausbreitung auf den rechten Oberschenkel, und später schwächere Anschwellung des linken Knies. Steigende Temperatur. Tod nach 7 Tagen. — Der die beiden Oberschenkelknochen bedeckende Eiter enthielt kuglige Mikrokokkenballen, desgleichen das eitrig infiltrirte Periost, feine Venen desselben und die angrenzenden Muskeln. In den Nierenabscessen, in den Glomerulis und Pyramidengefässen ebenfalls Mikrokokken. Für die Invasion derselben ergab sich kein Anhaltspunkt; der anatomische Befund spricht aber für eine primäre Infektion der Oberschenkel und der Clavicula, von wo aus dann die Metastasen erfolgten.

Fall II. Mykotische Periostitis des Humerus, mykotische Myositis, Lungen- und Nierenabscesse waren das Sektionsergebniss bei einem moribund zur Behandlung kommenden 19jähr. Pat. mit Pneumonie und starker Schwellung des linken Schultergelenks und Oberarms. Mikroskopisch ergab sich im Wesentlichen derselbe Befund von Mikrokokken wie im vorigen Falle. Auch hier scheinen Periost und Muskeln die primären Herde gewesen zu sein.

Fall III. Eitrige Periostitis der Tibia, eitrige Phlebitis, Lungen- und Nierenabscesse. Ein 15jähr. Fabrikarbeiter erkrankt, nachdem eine Woche Bauchschmerzen mit Diarrhoe bestanden, unter Frösteln, an Schmerzen und Anschwellung des rechten Unterschenkels, die sehr rasch zunimmt und unter Bewusstlosigkeit, Delirien und Fieber nach 5 Tagen zum Tode führt. — In dem periostischen Eiter der rechten Tibia sowie in den Gefässen und den Eiterherden der Lungen und Nieren werden Mikrokokken und Fettemboli gefunden.





Fall IV. Eine Pat. bekommt an dem Tage, an dem die Menses hätten eintreten sollen, Krämpfe im Unterleib, bald darauf Schüttelfrost und heftige Schmerzen in der linken Schulter und Achselhöhle. Es bildet sich ein Abscess unter dem Pectoralis. Rascher Verfall unter beständigem Fieber und Delirien. Auch die rechte Schulter schwillt an und wird äusserst schmerzhaft. Durch Incisionen wird über zwei Wochen nach dem Beginn linkerseits blutiger, nachher mehr dicklicher, nicht stinkender Eiter mit Gewebsfetzen entleert. Pat. collabirt und stirbt bald nach der Operation. Leichenbefund: Mykotischer Eiterherd des linken Pectoralis, eine über hühnereigrosse in der Tiefe des Pectoralis gelegene bis an die Schultergelenkkapsel reichende Eiterhöhle — und eine parosteale Eiterung um den rechten Humerus. Der bei der Operation entleerte Eiter enthielt eine grosse Menge Streptokokken, der blutige Inhalt der desinficirten Wunde bei der Sektion aber nur wenige Kokken, während die umliegenden Weichtheile von Mikrokokken durchsetzt waren. Auch der Eiter am rechten Humerus war sehr reich an Streptokokken. Da der bei Lebzeiten frisch untersuchte Eiter viel reicher an Organismen war als der Abscessinhalt der Leiche, ist eine postmortale Vegetation auszuschliessen und an der primären mykotischen Entzündung nicht zu zweifeln.

E. macht auf das auch von andern Autoren beobachtete Ueberwiegen dieser mykotischen Processe in der kalten Jahreszeit aufmerksam, welches Kocher nicht auf die Kälte, sondern auf den Aufenthalt in schlecht ventilirten Räumen zurückführen will. In den Fällen der Autoren (Lücke, Kocher, Schede, Leube) werden als ätiologische Momente häufiger Traumen als Erkältungen und Anstrengungen erwähnt. In E.'s Fällen ergab sich meist kein bestimmter ätiologischer Anhaltspunkt.

Mykotische Myo- und Pericarditis. Bei einem ca. vierwöchentlichen Kinde, welches bei Lebzeiten vorübergehend Somnolenz, entzündliche Hautschwellungen an mehreren Fingern und unter der linken Achselhöhle, am letzten Tage Opisthotonus darbot, ergab die Obduktion: „Anämie der grauen, Hyperämie der weissen Substanz, Hirnabscess, kleine Erweichungsherde. Eitrig hämorrhagische Pericarditis und eitrige Myocarditis. Ascites, Verfettung der Leber, Nierenabscesse, Abscesse der Cutis.“ Im Pericard und in der Umgebung der Herzabscesse fanden sich rundliche Mikrokokkenballen, ebenso in den Nierenabscessen und vereinzelt in dem Hirnabscess. Die Lunge war frei. Gegen die Annahme, dass diese Infektion von einer kleinen gerötheten Hautpartie des linken Mittelfingers, die leicht erodirt war, ausgegangen sei, spricht die grosse Ausdehnung der Herde im Herzen, welche auf eine schon längere Zeit bestehende Infektion hinweisen. Für eine von der Geburt her datirende Mykose aber, meint E., seien die Veränderungen zu wenig ausgedehnt, wenn nicht Mikrokokken längere Zeit ohne Entzündung zu erregen im Körper verweilen könnten.

Stintzing (München).

---

2. **M. Baraduc, Etiologie de la fièvre typhoide.** (Le progr. méd. 1881. Nr. 5.) (Société de médecine publique et d'hygiène professionelle.)

Im Jahre 1876 beobachtete B. eine Typhusepidemie in dem Dörfchen Côte-Bidon, welches aus 10 Häusern mit 45 Einwohnern besteht. Ein 13jähriges Mädchen brachte die Krankheit aus einem entfernten Kanton mit. Es ist in dem Orte ein einziger, schlecht gebauter Brunnen, der allen Einwohnern das Wasser liefert. Das Mädchen wohnte in der Nähe desselben; Gefässe und Wäsche wurden vor der Thüre gereinigt, und das Wasser, welches zum Reinigen gedient, ausgegossen. Der Regen schwemmte dasselbe in den Brunnen, aus welchem nach wie vor alle Einwohner ihr Trinkwasser schöpften. Nach 2 Monaten waren 16 Einwohner, hier und da im Orte zerstreut, krank. Besuchende aus benachbarten Orten, welche nur in das Haus der Kranken kamen, blieben verschont; solche, welche beim Waschen mithalfen und ihre Mahlzeiten dort nahmen, wurden krank.

Eine zweite Epidemie beobachtete B. im Jahre 1879 in dem Oertchen des Monts. Dasselbe besteht aus zwei Häuserkomplexen, von denen der eine, auf einem Hügel liegend, 5 Häuser und 14 Einwohner, der andere, 140 Meter entfernt am Fusse des Hügels gelegen, 9 Häuser und 33 Einwohner hat. Im Herbste erkrankten in dem oberen Dorfe zwei Knaben; im Juli des folgenden Jahres erkrankte in dem unteren Dorfe ein 21jähriges Mädchen; ebendaselbst erkrankten dann bis zum November 14 Leute, von denen 4 starben. Wie in der Epidemie von Côte-Bidon ist auch hier die Verbreitung des Krankheitsgiftes durch das Trinkwasser geschehen. Auf einer Wiese befindet sich eine Quelle, deren überfliessendes Wasser sich ansammelt in einem Reservoir, in welchem dasselbe in gleichem Niveau mit dem Wasser der Quelle steht. In dem Reservoir wird die Wäsche des ganzen Ortes gereinigt; so auch die des zuerst erkrankten Knaben. Als Trinkwasser dient dagegen das Wasser der Quelle nur dem unteren Dorfe. In dem oberen Dorfe, welches das Trinkwasser aus einer anderen Quelle nimmt, kamen ausser dem zuerst erkrankten Knaben keine Krankheitsfälle mehr vor. Auch das untere Dorf blieb von neuen Erkrankungen verschont, nachdem für reines Trinkwasser Sorge getragen worden war.

E. Bardenhewer.

---

3. **De la transmissibilité de la rage.** Die Uebertragbarkeit der Wuth. (Le progr. médic. 1881. Nr. 5.) (Siehe das Ref. Nr. 2 in Nr. 45 d. Bl.)

In der Sitzung der „Academie de médecine" vom 25. Jan. 1881 bestätigt Galtier, dass die Wuth sich von Hunden auf Kaninchen übertragen lasse, und ebenso von Kaninchen auf Kaninchen, und von Kaninchen auf Schafe; die Inkubationsdauer schwanke von 12 bis 18 Tagen.

Pasteur wendet sich dann nochmals gegen die bei der Diskussion über die von Raynaud und Launelongue gemachten Versuche von Colin aufgestellte Behauptung, dass die von diesen geimpften Kaninchen nicht an der Wuth sondern an Septicämie gestorben seien.



Es lässt sich bekanntlich die Septicämie leicht auf Meerschweinchen übertragen. Nun hat Pasteur den bei den fraglichen Kaninchen gefundenen Mikroorganismus am 10., am 17. und am 20. d. M. je zwei Meerschweinchen eingeimpft; die Thiere sind aber alle gesund geblieben. Ein anderes Meerschweinchen hat er dagegen mit dem Mikroorganismus der Septicämie geimpft; dasselbe starb schon am folgenden Tage an akuter Septicämie. Es handelt sich also, sagt Pasteur, um zwei verschiedene Krankheiten und um zwei verschiedene Mikroorganismen, welche die Ursachen dieser Krankheiten sind.

E. Bardenhewer.

---

4. **Prof. Dr. Mosler, Ephemera.** (Real-Encyclopädie d. ges. Heilkunde; Eulenburg.)

Erkältungsfieber, die ohne nachweisbare Lokalaffektionen verlaufen, bei denen allgemeines Krankheitsgefühl besteht. Temperatur selten über 39° C. Neigung zu Schweissen. Kurzer, zum Theil ephemerer Verlauf. Zuweilen compliciren nachträglich auftretende Lokalkrankheiten; rheumatisches Kopfweh, Schnupfen, katarrhalische Halsaffektion, Darmkatarrh, herpes labialis. Behandlung: Diaphorese, Bettruhe, reichlich warme Getränke, warme Bäder.

Finkler.

---

5. **R. Olshausen, Ueber die Pulsverlangsamung im Wochenbett und ihre Ursache.** (Centralblatt für Gynäkologie. 1881. Nr. 3.)

Das Thatsächliche der Angaben Blot's kann Verf. fast durchweg bestätigen: Wöchnerinnen, die ganz fieberlos bleiben, zeigen in der Mehrzahl der Fälle durch Tage, oder selbst Wochen lang einen verlangsamten Puls. Die Verlangsamung beginnt in der Regel schon am ersten Tage, oft schon wenige Stunden nach der Geburt. Der Puls zeigt meistens 60 oder zwischen 50 und 60 Schläge; öfters auch zwischen 40 und 50; einige Male beobachtete Verf. Frequenzen von 36 und 34 in der Minute. Je niedriger die Zahl der Pulsschläge wird, desto länger pflegt die Pulsverlangsamung anzuhalten. Das Minimum der Frequenz fällt bisweilen schon auf die ersten Tage des Wochenbetts — was Blot für die Regel erklärt — häufiger auch bei gesunden, fieberlosen Wöchnerinnen auf den 5. bis 7. Tag, ja noch viel später. Wie lange die Verlangsamung im physiologischen Zustand anzuhalten pflegt, vermag Verf. nicht mit Sicherheit anzugeben. Oft genug bestand sie zur Zeit der Entlassung der Wöchnerinnen um den 12. Tag noch fort. Aber auch 3 oder 4 Wochen post partum hatte Verf. einige Male Gelegenheit sie noch zu konstatiren.

Tritt eine fieberhafte Erkrankung auf, so ist es in der Regel binnen 12—24 Stunden mit der Verlangsamung vorbei. Doch macht sich dieselbe, wenn sie vor dem Fieber bestand, für einen halben bis ganzen Tag meist noch in so fern bemerkbar, als die Zunahme der Pulsfrequenz um 20 Schläge, oft genug nur zu einer Frequenz von 70 oder 80 Schlägen führt. Ohne Kontrolle durch den Thermometer wird

desshalb der Beginn fieberhafter Erkrankungen in solchen Fällen leicht übersehen.

Je geringer die Pulsfrequenz wird, desto eher kommt auch eine Irregularität desselben zu Stande, worauf schon 1868 Hémey aufmerksam machte.

Neben diesen Thatsachen war seit lange auffällig geworden, dass Wöchnerinnen, welche längere Zeit fieberhaft erkrankt waren, nach der Entfieberung sehr häufig noch eine oft länger dauernde Pulsverlangsamung zeigten. So sieht man oft genug am Ende der 2. Woche, aber auch noch in der 3. Woche und später Pulsverlangsamung, selbst hohen Grades, auftreten. Liess nun schon das meist in die ersten Tage, oft in die ersten Stunden nach der Geburt fallende Auftreten der Verlangsamung einen engen Zusammenhang mit der Entleerung des Uterus und ihren Konsequenzen annehmen, so führte die letztgenannte Erscheinung, das Vorkommen nach der Entfieberung von peri- oder parametritischen Processen leicht auf die Idee eines Zusammenhanges mit der Involution des Uterus, welche in den genannten Krankheitszuständen oft genug retardirt ist, um nach der Entfieberung raschere Fortschritte zu machen. Es musste der Gedanke auftauchen, dass die bei der akuten Verfettung des grossen Muskels, die bekanntlich schon am ersten Wochenbettstage nachweisbar ist, unzweifelhafte Vermehrung des Fettgehalts des Blutes die Ursache der Verlangsamung sein könne. Nach Rauber's sehr plausibler Annahme soll bekanntlich der Ueberschuss an Fett im Blute die erste, besonders fettreiche Milch komponiren helfen, indem die weissen Blutkörperchen sich des Fettes bemächtigen und als Colostrumkörperchen in der Milch erscheinen. Von pathologischen Thatsachen spricht für die Vermehrung des Fettgehalts aber das von Wagner öfter beobachtete Vorkommen von Fettembolieen in den Lungen der Wöchnerinnen, welches wohl nur desshalb so wenig Bestätigungen erfahren hat, weil selbst ziemlich hohe Grade von Fettembolie der Lungen symptomlos zu verlaufen pflegen.

H. Nasse hat das Blut Schwangerer untersucht, bei denen er Vermehrung des Fettgehalts nachwies. Ueber den Fettgehalt nach dem Wurf bei Thieren macht er nur die Angabe, dass er beim Säugen schnell abnähme (Arch. f. Gynäk. Bd. X. p. 341); in 5 Tagen um 1,4 %; dass er sich aber später beim Säugen gleich bliebe.

Wenn aber bei Thieren auch eine relativ schnelle Abnahme stattfindet, so ist dies nicht in gleichem Grade bei der stillenden Frau nöthig, bei der die Milchsekretion sich bekanntlich ungleich langsamer entwickelt. Präcisere Angaben fehlen überhaupt, speciell auch Untersuchungen darüber, ob nicht in den allerersten Tagen post partum eine Zunahme des Fettgehalts stattfinde. Die Thatsache, dass schon in der Schwangerschaft der Fettgehalt vermehrt ist, lässt Untersuchungen darüber wünschenswerth erscheinen, ob nicht auch hier schon öfter Pulsverlangsamung vorkommt. Nach einigen Untersuchungen des Verf.'s ist dies in der That bisweilen der Fall.

Eine Beobachtung von Lehmann (Wagner's Handwörterb. Bd. II. p. 24) verdient noch Beachtung. Der genannte Autor fand bei einer nicht stillenden Wöchnerin, 8 Tage nach der Niederkunft, grosse



Mengen Buttersäure im Urin. Da erst neuerdings wieder die Aufmerksamkeit auf die Ausscheidung von Fett durch die Nieren gelenkt ist, die Lehmann'sche Beobachtung nicht weiter beachtet wurde, so scheint es gerathen, auf diesen Punkt bei Wöchnerinnen weiter zu achten. In einem Fall von hochgradiger Pulsverlangsamung einer stillenden Wöchnerin gelang es Otto Nasse nicht Fett im Urin nachzuweisen.

Wenn nun hiernach das quantitative Verhalten des Fetts im Blut der Wöchnerinnen noch nicht feststeht, so musste andererseits, um die obige Hypothese zu stützen, nachgewiesen werden, dass ein vermehrter Fettgehalt Pulsverlangsamung hervorbringt. Einige wenige Versuche, die in dieser Beziehung an Thieren (Frosch und Hund) mit Infusion von Emulsionen Verf. vorgenommen hat, sind zwar negativ ausgefallen. Doch liegen von anderer Seite Versuche mit positivem Resultate vor.

Rassmann (Diss. inaug. Halle 1880) nahm an 2 Hunden Versuche vor. Er band in die Carotis die Kanüle eines Manometers ein und injicirte portionsweise in die Vena cruralis oder jugularis eine Leberthranemulsion.

Man sollte erwarten, dass die zahlreichen Beobachtungen von Fettembolie der Lungen nach Knochenbrüchen und die nicht minder zahlreichen Experimente, welche in Bezug auf diese Erscheinung angestellt worden sind, Gelegenheit geben würden, den Einfluss vermehrten Fettgehalts des Blutes auf den Puls zu demonstriren. Von Experimentatoren erwähnen Gluge und Thiernesse (Arch. f. d. ges. Med. VI. 1844. p. 494) unter 8 Experimenten an Hunden, denen Olivenöl in die V. jugularis injicirt war, nur einmal einer zu Stande gekommenen Pulsverlangsamung. Auch Czerny sah bei den gleichen Experimenten bei erniedrigter Temperatur Pulsverlangsamung zu Stande kommen. Von einigen chirurgischen Kollegen weiss Verf. mündlich, dass sie bei Knochenfrakturen und Fettembolie öfter Pulsverlangsamung beobachtet haben und es bedürfte vielleicht nur einiger Aufmerksamkeit, um dieselbe Erscheinung in gleichen Fällen öfter zu beobachten.

Auf die Frage, wie die für Verf. nicht zweifelhafte Pulsverlangsamung bei reichlichem Fettgehalt des Blutes zu Stande kommt, ob etwa eine Vagusreizung die Erscheinung vermittelt, will Verf. hier nicht eingehen.

Nach Allem ist sich Verf. wohl bewusst, nur eine Hypothese aufgestellt zu haben, wenn er die Pulsverlangsamung der Wöchnerinnen auf die durch die akute Involution des Uterus bedingte Vermehrung des Fettgehalts im Blute bezieht. Doch sind Verf. die indirekten Beweise für diese Hypothese genügend gross und zahlreich, um an ihre Wahrscheinlichkeit zu glauben und zu hoffen, dass es früher oder später gelingen wird, auch vollgültige Beweise für ihre Richtigkeit zu erbringen und somit diese interessante Thatsache klar zu stellen.

Kocks.

---



6. **F. R. Gowers, On syphilis and locomotor ataxy.** (The Lancet, 1881. Nr. 3.)

Unter 33 Fällen fand G. 18 Mal in der Anamnese sichere Symptome konstitutioneller Syphilis; in mehreren Fällen waren dieselben noch vorhanden. Ausserdem war 5 Mal ein Schanker, dem keine Sekundärerscheinungen folgten, vorausgegangen. Von den übrigen 10 Patienten hatten 5 Gonorrhoe gehabt. In den meisten Fällen erwies eine antisyphilitische Behandlung sich als wirkungslos; doch sah G. einmal Heilung durch Quecksilber und Jodkali. In 18 Fällen war die Länge der Zeit zwischen dem Auftreten der Syphilis und dem des ersten Symptom der Tabes genau notirt. Dieselbe betrug 1 Mal 7, 3 Mal 9, 2 Mal 10, 3 Mal 13, 2 Mal 14, 1 Mal 15, 1 Mal 17, 3 Mal 20, 1 Mal 21 und 1 Mal 25 Jahre. — Ausser der Tabes scheinen G. noch andere Krankheiten des Nervensystems in ursächlichem Zusammenhang mit der Syphilis zu stehen. „Es scheint eine Wirkung konstitutioneller Syphilis zu sein, einen neuropathischen Zustand herbeizuführen, welcher den Eintritt degenerativer Krankheiten des Nervensystems begünstigt.“

E. Bardenhewer.

---

7. **Sutton, Aneurism of the arch of the aorta cured by rest, restricted diet, and iodide of potassium and ergot.** Heilung eines Aneurysmas des Aortenbogens durch Ruhe, beschränkte Diät, Jodkali und Secale cornutum. (Ref. in N. Y. Med. Rec. Bd. 18. S. 658 nach d. Am. Jour. of Med. Sc. Oct. 1880.)

Bei einem 21-jährigen Mädchen trat während der Arbeit ein heftiger Schmerz „in der Herzgegend“ auf, der in den folgenden Monaten häufig wiederkehrte und von Ohnmachtsanfällen begleitet war. Als S. sie etwa 9 Monate später sah, war ein Aneurysma der absteigenden Portion des arcus aortae deutlich erkennbar.

Die 13 Monate dauernde Behandlung bestand in Extr. Sec. corn. (3mal tägl. 10—20 Tropfen; wahrscheinlich ist das Extr. Ergotae fluidum der amerikanischen Pharmakopoe gemeint) und Jodkali (tägl. 1,0) neben grösster Ruhe mit Ausschluss jedweder Erregung, wobei auch das ganze tägliche Quantum der genossenen Speisen und Getränke nur 315 gr betragen haben soll. Patientin blieb fast beständig im Bett, nur alle 6 Stunden durfte sie sich eine halbe Stunde langsam im Zimmer bewegen. Nach 13 Monaten war sie äusserst abgemagert und sehr anämisch, aber ihr Aneurysma war und blieb geheilt.

Warren.

---

8. **Dr. L. Oser, Die Ursachen der Magenerweiterung und der Werth der mechanischen Behandlung bei derselben.** (Wiener Klinik. Januar 1881.)

Die Magenerweiterung ist der Ausdruck einer Störung des mechanischen Gleichgewichts im Magen. Die Ursachen lassen sich unterbringen nach den drei Momenten: Kraft — Inhalt — Widerstand — deren Alteration zur Erweiterung führt.

A. Die normalen Widerstände, gebildet durch den engen Pylorus und den Höhestand des Pylorus über dem tiefsten Punkt des Magens werden gesteigert: 1) durch Verengerung des Pylorus (Narben, Neubildungen und Hypertrophie). Spastische Verengerung ist zwar nicht erwiesen, aber anzunehmen. Die Annahme (Bartels), dass die durch Schnüren verdrängte rechte Niere eine Stenose des Pylorus erzeuge, hält O. nur für wenige Ausnahmefälle für zutreffend; O. fand in Fällen mit beweglicher, tastbarer Niere, Tiefstand des Magenfundus durch Schnüren, niemals eine Hypertrophie, wie sie sich doch bei Stenose des Pylorus ausbildet. Entgegen der Annahme Stiller's, dass die dislocirte Niere Compression des Duodenum und Insufficienz des Pylorus erzeuge, fand Lebell, dass bei Menschen der Pylorus bei Lufteinblasung in den Magen dicht halten kann, obgleich er vorher bei Kohlensäureentwicklung im Magen insufficient erschienen war. Nach seinen Beobachtungen nimmt deshalb O. an, dass, wenn Dilatation und bewegliche Niere zusammen vorkommen, es doch kein allgemeines Prinzip ist, dass erstere durch letztere producirt werde. In solchen Fällen sei stets Atonie und Muskelschwäche bemerkbar.

Das zweite mechanische Hinderniss für Fortbewegung des Mageninhalts: Vergrösserung der Hubhöhe dadurch, dass der Pylorus höher steht als der Fundus, kommt bei einmal angebahnter Dilatation immer mehr zur Geltung.

B. Zweite Reihe von Ursachen der Erweiterung liegt in der Vermehrung und Veränderung des Inhalts. (Vielesser.) Hier spiele besondere Rolle die Qualität der Nahrung, Grösse der Bissen, unruhige Art des Essen bei Neurosen.

C. Zur Dilatation führt Alles, was die austreibende Kraft schädigt. Allgemein schwächende Ursachen bei Anaemie und Rekonvalescenz schwerer Erkrankung. Mehr lokale Schädigungen der Magenmuskulatur entstehen bei Herzfehlern, Pfortadererkrankungen, Bindegewebswucherung durch lange bestehende Katarrhe (Cirrhosis ventriculi); zumal wenn solche Hypertrophieen am Pylorustheile sitzen; mechanische Hindernisse für die Muskelthätigkeit des Magens kann auch in Fixirungen (Perigastritis) liegen.

Lähmungen der Magenmuskulatur mit Dilatation nach Hirn- und Rückenmarkskrankheiten hat O. nicht finden können. Wohl können reflektorisch Lähmungen des Magens erzeugt werden durch Peritonealexsudate, Contusionen der Bauchwand, durch hysterische Neurosen.

Dahin gehörig wird eine Krankengeschichte mitgetheilt, die eine Analogie bietet zu den Fällen von Magenunruhe Kussmaul's.

„Am häufigsten kommt wohl die Magenlähmung beim Katarrh zu Stande," und zwar auch akut bei akuter Gastritis. In den weitaus

meisten Fällen von Dilatation kommen mehrere Ursachen zusammen, sodass in vielen schwer zu sagen ist, welche die primäre gewesen.

Was die Behandlung betrifft so ist sicher, dass die mechanische Behandlung (Ausspülung und innere Faradisation) wirken müssen auf Steigerung der Kraft der Muskulatur und Verminderung der Last. Es kann demnach durch sie eine Compensation erreicht werden auch wenn (bei Stenose) der Widerstand nicht direkt beeinflusst wird.

„Ueberblicken wir das bisher über den Werth der mechanischen Behandlung des Magens Gesagte, so sehen wir, dass derselbe je nach der Ursache der Magenerweiterung ein verschiedener ist. Von dem Wesen der Grundkrankheit hängt es ab, was und wie viel erreicht werden kann. Die besten Resultate werden in jenen Fällen erzielt, wo der chronische Katarrh oder die Dyspepsie die Ursache abgeben. Die technische Therapie vermindert die Last, wirkt gegen die Schleimhauterkrankung, vermehrt durch den mechanischen Reiz die fortbewegende Kraft durch Anregung des Tonus und sie verhindert durch die Bekämpfung des Katarrhs die Weiterbildung neuen Bindegewebes am Pylorus, das ein mechanisches Hinderniss zu werden anfing. Aber auch hiebei gibt es eine Grenze. Wenn einmal nach lange bestehenden Katarrhen statt Drüsen Cysten, statt Muskeln und Gefässen Bindegewebe gebildet sind, dann ist hier auch alle Mühe umsonst und man muss zufrieden sein, wenn man den Status quo erhalten kann.“

Die Ausspülungen macht O. indem er einen ungefähr 60 cm langen Schlauch schlucken lässt, durch denselben mittelst Trichters Salzlösungen eingiesst.

Finkler.

---

9. **Prof. Dr. Mosler, Gastrisches Fieber.** (Real-Encyclop. d. ges. Heilkunde; Eulenburg.)

M. nimmt die Existenz von gastrischen Fiebern an; er hatte günstige Gelegenheit zur Beobachtung in Greifswald, weil dort Typhus abdominalis nur eingeschleppt vorkommt und deshalb bis jetzt stets die Quelle der Infektion nachweisbar war; wogegen bei den von ihm als gastrische Fieber bezeichneten Krankheiten die Infektion nicht nachweisbar wurde. Als wichtigste Unterscheidungsmerkmale von Typhus werden im Anschluss an eine Krankengeschichte hervorgehoben: Es fehlte der eigenthümliche Gesichtsausdruck wie beim Typhus, Milztumor fehlte, es fehlte die Bronchitis und die Haut war mehr feucht. In den Vordergrund treten: gastrische Störungen mit Darmerscheinungen, mehr oder minder intensives Fieber, theils remittirend, theils intermittirend; totale Anorexie, gesteigerter Durst, bitterer Geschmack, Schmerzhaftigkeit in der Magengegend, diarrhoische Entleerungen oft mit Verstopfung abwechselnd; herpes labialis; Stirnkopfschmerz. Dauer: 8, 10, 14 Tage.

Behandlung: Diät, hinreichend lange fortgesetzt. Brechmittel Rp. Rad. Ipecacuanhae 1,0, Tart. stibiat. 0,03 $^1/_4$-stündl. 1 Stück) nachdem vorher Camillenthee verabreicht. Bei fortdauerndem Brechreiz: lauwarme Fomente in die Magengegend; innerlich Saturationen mit



Morphium (Rp. Kali carbonici, acid. citrici āā 3,0 Morph. anet. 0,03 Aq. dest. 200,0 2-stdl. 1 Esslffl.; nicht umgeschüttelt). Später milde Abführmittel (Rp. Infusi Rad. Rhei (10,0 : 180,0) Magnes. ast. 5,0 Syrup. 20,0). Bei trockner Zunge und intensivem Fieber: Salzsäure.

Finkler.

---

10. **August Maurer, Beitrag zur Toxicologie der Morcheln (Stockmorcheln, Lorchel, Helvella esculenta) nach Beobachtungen am Menschen.** (Aerztliches Intelligenzblatt. 1881. Nr. 1. 2.)

„Die Beobachtungen am Menschen ergeben, dass die Morchel nur selten und unter ganz besonderen Umständen für den Menschen giftig wird. Alte, überreife Exemplare sind die vorzüglichsten Träger des Giftes, besonders wenn sie abgepflückt längere Stunden liegen bleiben, und äusserlich erkennbar (frühere Helvella suspecta, von den jüngeren Exemplaren durch den eigenthümlich düster violetten Stil und durch die Gestalt der Sporen unterschieden). Junge Morcheln sind für den Menschen nicht schädlich.“

In einem baierischen Dorfe wurden aus den am 27. April Vormittags gesammelten Stockmorcheln vier Mahlzeiten bereitet, von welchen drei unschädlich blieben: zweimal waren noch an demselben Abend frische und junge Exemplare verzehrt worden, zu der dritten und vierten Mahlzeit Tags darauf wurden ältere und in Zersetzung begriffene Schwämme verwerthet, die in einer Familie mit siedendem Wasser abgekocht, in einer anderen ohne vorgängige Abbrühung zubereitet waren. Durch die letzteren wurden heftige Vergiftungen hervorgerufen. Alle Familienmitglieder, welche an der Mahlzeit theilnahmen, erkrankten mit Ausnahme des Vaters; zwei Personen starben. Die Krankheitsgeschichten und Leichenbefunde sind ausführlich mitgetheilt.

Sechs bis zehn Stunden nach dem Genusse der giftigen Schwämme traten Mattigkeit, Uebelkeit, Erbrechen ein; letzteres wiederholte sich bei Mehreren ausserordentlich häufig. Mässiger Icterus. Bedeutende Mydriasis. In leichteren Fällen nach 6—8 Tagen Reconvalescenz. In schweren Fällen kommt es am Ende des ersten Tages zu heftigen nervösen Erscheinungen, Delirien, Jactation, Sopor, häufig zu klonischen und tonischen Krämpfen, in diesen oder im Collaps erfolgt etwa 48 Stunden nach der Mahlzeit der Tod.

Leichenbefund: Lockerung und mässige Hyperämie der Schleimhaut des Magens und des unteren Theiles des Oesophagus. Hyperämie der Leber, Nieren und besonders der Milz. Starke Gehirnhyperämie. Flüssiges dunkles Blut. Icterus Coniunctivarum.

Unzweifelhaft wirkt das Helvella-Gift auf nervöse Centra. Es ist mit dem Muscarin nicht identisch. Als Antidot wurde mit vorübergehendem symptomatischem Erfolge Morphium angewandt.

Von Boström in Erlangen sind wichtige Fütterungsversuche mit Decocten von jungen Morcheln an Hunden angesellt. Die Hunde erkrankten ganz regelmässig und starben, wenn sie mehr als 100 gr Morcheln erhalten hatten. Erscheinungen am Hunde: Schwäche, hef-





tiges Erbrechen, Icterus, eiterige Coniunctivitis, Hämoglobinurie, später Albuminurie; in schweren Fällen Steifigkeit der hinteren Extremitäten, klonische und tonische Krämpfe; Tod am vierten Tage.

Dennoch lässt sich nicht mit Bestimmtheit behaupten, dass das Gift stets in der Stockmorchel normalerweise präformirt vorhanden sei: in den Versuchen von Boström blieb nämlich zweifelhaft, ob ganz frische, noch nicht zersetzte Schwämme angewendet waren; es sind daher neue Versuche erforderlich. Jedenfalls reagirt der Hund auf sehr viel geringere Mengen des Giftes als der Mensch.

Wolffberg.

---

11. **Bostroem, Ueber die Vergiftung durch Morcheln.** (Sitzungsber. der physikalisch-medicinischen Societät zu Erlangen. 14. Juni 1880.)

B. hatte Gelegenheit einen Fall von Vergiftung durch Morcheln (Helvella esculenta) zu beobachten, der eine Familie von 7 Personen betroffen und bei zwei jüngeren Individuen derselben den Tod herbeigeführt hatte. Die Morcheln waren in zwei Portionen getheilt worden, von denen die eine sofort zubereitet keinerlei schädliche Symptome hervorrief. Die andere Portion wurde am Tage darauf, in gleicher Weise wie die erste zugerichtet genommen. Nach Ablauf von etwa 6 Stunden erkrankten sämmtliche Familienmitglieder unter den Erscheinungen von Erbrechen, Leibschmerzen, bald eintretendem Icterus, Mattigkeit und Diarrhoeen. Ein Knabe von 8 und ein Mädchen von 16 Jahren starben 22, beziehentlich 54 Stunden nach der Mahlzeit, nachdem zu den genannten Erscheinungen noch Krämpfe hinzugetreten waren, die schliesslich in ausgeprägten Trismus und Tetanus übergingen. Dazu kamen furibunde Delirien, heftiges Schreien, das auf starken Schmerz schliessen liess, dann Coma und Tod. Die anderen Personen erholten sich im Laufe der folgenden Tage allmählich wieder.

Die Sektion der Leichen ergab: Blut fast vollkommen flüssig und dunkel, Nieren sehr blutreich, Milz hochgradig hyperämisch und geschwellt, deutlicher Icterus, besonders bei der weiblichen Leiche, Hyperämie und Lockerung der Magenschleimhaut, im Duodenum gallig gefärbter Inhalt. Das Gehirn und seine Häute wurden nur bei dem Knaben untersucht, es bestand starke Hyperämie derselben. Bei dem Mädchen ausgedehnte gelatinöse (cadaveröse) Magenerweichung und partielle emphysematöse Wulstung der Mucosa Ventriculi.

Um über das Woher und Weshalb der Leichenerscheinungen einen klaren Einblick zu erhalten, machte Verf. eine Reihe von Versuchen an Hunden, die er mit dem Wasser, welches von frischen gekochten Morcheln abgegossen war, fütterte. Alle Hunde erkrankten gleichmässig nach dem Genuss des Kochwassers. Abkochungen von mehr wie 100 gr Morcheln führten stets den Tod herbei. Die abgekochten Pilze selbst wurden ohne jeden Nachtheil verzehrt.

1—2 Stunden nach dem Genuss des Morchelwassers trat sehr heftiges Erbrechen ein, mit allgemeiner Schwäche und Mattigkeit. Nach 12 Stunden Icterus und in den meisten Fällen eitrige Conjunctivitis. Dann stellte sich regelmässig Hämoglobinurie ein, die bei



schwacher Vergiftung nach dem dritten Tage wieder schwand. Der Urin wurde auch dann noch 4—5 Tage lang stark eiweisshaltig gefunden, einmal besass der Harn deutlich ausgesprochenes Reductionsvermögen. Gallenfarbstoff wurde bis zum 10. Tage im Harn nachgewiesen, trotzdem der Icterus schon vorher geschwunden war. Mikroskopisch zeigte der Harn starken Hämoglobingehalt neben spärlichen weissen Blutkörperchen und späterhin auftretenden cylinderartigen Gebilden. In dem bereits wieder farblosen Harn wurden noch zahlreiche Hämatoidinkrystalle nachgewiesen.

Letale Dosen führten nach drei Tagen, während welcher die geschilderten Vergiftungssymptome der Gabe des Giftes entsprechend stärker aufgetreten waren, klonisch-tonische Krämpfe herbei, zunehmende Steifheit der Körpermuskulatur und starker Temperaturabfall endeten nach Ablauf weniger Stunden mit dem Tode.

Die Sektion ergab auch hier die Hauptveränderung in den Nieren, alle Harnkanälchen dicht gefüllt mit Hämoglobinkrystallen und dichteren Hämoglobinmassen. Makroskopisch erschienen die Nieren derb und prall, grau- bis braunschwarz und auf dem Durchschnitt deutlich braunroth gestreift.

Verf. gedenkt seine Beobachtungen in erweiterter Form in einer ausführlicheren Arbeit niederzulegen.

Schulz.

---

12. **Schüler, Ein Fall von Atropinvergiftung, durch Morphium subcutan geheilt. — Vergiftung durch Helvella esculenta.** (Berl. klin. Wochenschr. 1880. Nr. 46.)

Durch ein Versehen erhielt ein Patient Schüler's anstatt der wegen Fissura ani verschriebenen Suppositorien von Extr. Belladonnae 0,06 solche, die mit 0,06 Atropinum sulfuricum bereitet worden waren. Um 5½ Uhr hatte Pat. sich eine der genannten Suppositoria applicirt, um 6 Uhr schon wurde Sch. gerufen „der Patient liege im Sterben“. Sch. fand den Patienten in den heftigsten tonisch-klonischen Krämpfen mit völlig benommenem Sensorium und enormer Mydriasis. Pulsfrequenz 140—150, Respiration 32. Sch. injicirte sofort 0,06 Morphium hydrochloratum, das Rectum wurde ausgespült. Nach einer Stunde: Nachlass der Krampferscheinungen, Puls 120, voller, Respiration 24. Sch. injicirte nochmals 0,03 Morph. hydrochlorat. Um 8 Uhr trat der letzte Krampfanfall auf. Von da ab: allmähliches Freiwerden des Sensorium, starke allgemeine Schweisssecretion, Abnahme der Athemfrequenz, Vollerwerden des Pulses. Um 10 Uhr Abends: Puls 80, Respiration 18, Temperatur 36,8. Um 11 Uhr steht Pat. aus dem Bett auf, Entleerung von 1 Liter Urin, Sprache zusammenhängend. Pat. klagt über bedeutende Sehstörungen und Trockenheit des Rachens. Dann trat tiefer Schlaf ein, andern Morgens 6 Uhr schien alle Gefahr beseitigt und nach 3 Tagen konnte Pat. seine gewohnte Beschäftigung wieder aufnehmen. Mydriasis bestand noch 8 Tage lang, die Fissura ani heilte bald. —





### Vergiftung durch Helvella esculenta.

Elf Personen hatten ein Gericht Lorcheln, die mit Spargel zusammengekocht waren genossen. Dieselben erkrankten mit Ausnahme von zweien unter den Symptomen von Magen-Darmcatarrh, Sehstörungen und Schlingbeschwerden, jedoch in verschiedener Intensität. Bei einem 22jährigen Epileptiker, der seit einigen Jahren keinen Anfall mehr gehabt, trat nach 2 Wochen wieder Epilepsie auf; eine 24 Jahre alte, nervös veranlagte Dame erkrankte sofort an Erbrechen, einige Tage später traten starke Schlingbeschwerden, hartnäckiger Intestinalcatarrh und sehr lästige Sehstörungen auf, die ein zwei Wochen langes Verweilen im dunklen Zimmer nothwendig machten. Prof. Ascherson untersuchte einige Exemplare der noch vorhandenen rohen Pilze. Aeusserlich erschienen dieselben normal, dagegen wurde bei mehreren an der Innenseite des Hutes die Anwesenheit schwarzer Flecke von der Grösse eines halben Fünfpfennigstückes constatirt. Es fand sich, dass diese Pilze von Würmern angefressen waren, an den dunkelgefärbten Flecken war durch die Anwesenheit der Wurmexcremente Fäulniss des Pflanzengewebes eingetreten. Sch. lässt es dahingestellt, ob die Gewebsveränderung des Pilzes oder die Anwesenheit der Würmer oder endlich die Excremente der letzteren den letzten Grund der schädlichen Eigenschaften der Pilze gebildet haben.

Schulz.

---

## Neue Bücher.

Gille, De l'hémiopie avec hémiplegie ou hémi-anesthésie. Paris, Delahaye & Lecrosnier. 1 fr. 50 cts.

Jacond, Leçons de clinique médicale 3e édition. Avec 10 planches en chromolithographie. Paris, Delahaye & Lecrosnier. 15 fr.

Leyden, Des maladies réflexes. Paris, Delahaye & Lecrosnier. 80 cts.

Melly, Eléments de pathologie exotique. Paris, Delahaye & Lecrosnier.

Proust, Traité d'hygiène. 2e edition, considérablement augmentée avec 3 cartes coloriées et 16 fig. dans le texte. Paris, Masson. 18 fr.

Rivet, De la voussure sous-claviculaire dans les épanchements pleuraux chez l'enfant. Paris, Masson. 1 fr. 50 cts.

Simon, Conférences thérapeutiques et cliniques sur les maladies des enfants. Paris, Delahaye & Lecrosnier. 7 fr.

Société des sciences médicales de Gannat. Compte rendu des travaux de l'année. 1879. 80. Paris, Delahaye & Lecrosnier. 3 fr.

Voisin, De la Mélancolie dans ses rapports avec la paralysie général. Paris, Masson. 8 fr.

---

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.



Erscheint wöchentl ch.
Jeder Jahrgang umfasst
52 Bogen nebst Titel
und Register.

# Centralblatt
für
# KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M.,
zu beziehen durch alle
Buchhandlungen und
Postanstalten.

Redigirt von

**Dr. H. Rühle,** Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

**Dr. D. Finkler,** Privatdocent und Assistent an der medicin. Klinik in Bonn.

**1881.** **17. Februar.** **Nro. 47.**

**Inhalt.** Referate: 1. **Pinkham,** Cause of Diphtheria etc. — 2. **Mauriac,** De l'excision du chancre syphilitique. — 3. **Langreuter,** Ueber syphilitische Pharynxstricturen. — 4. **Strümpell,** Neuropathologische Mittheilungen. — 5. **Lion,** Ueber das klinische Bild der secundären Degenerationen der corticomusculären Leitungsbahnen. — 6. **Westphal,** Ueber das Verschwinden und die Localisation des Kniephänomens. — 7. De l'élongation des nerfs. — 8. **Ripley,** Primary infiltrating medullary Carcinoma of Lung. — 9. Abcès des parois thoraciques procédant d'une ancienne pleurésie. — 10. **Friedländer,** Schellack-Steine als Ursache von Ileus. — 11. **Sklifassofsky,** Die Anlegung eines anus artificialis bei polyadenoma tractus intestinalis. — 12. **Mosler,** Ueber parenchymatöse Injection von Solutio arsenicalis Fowleri in chronische Milztumoren.

1. **Pinkham, Cause of Diphtheria etc.** Ursache der Diphteritis u. s. w. (N.Y. Med. Rec. 22. Jan. 1880. 3. 92.)

In einem amerikanischen Städtchen kamen im Dez. v. J. in derselben Familie fünf Fälle von Diphtheritis vor, bei denen die Aetiologie ausserordentlich klar zu sein scheint. In dem Orte war Diphtheritis selten vorgekommen (in 14 Jahren waren nur 13 tödtlich verlaufende Fälle notirt), auch konnte nicht eruirt werden, dass irgend ein Mitglied der sehr gesunden Familie einer Infektion ausgesetzt gewesen wäre. Das Wohnhaus lag sehr günstig, frei, der Sonne ausgesetzt; auch die Wasserleitung und die gut ventilirten Closets boten keine aetiologischen Anhaltspunkte dar. Im Keller befand sich ein grosser Ofen, der den Wohn- und einigen Schlafzimmern erwärmte Luft zuführte und die frische kalte Luft durch eine 2 □Fuss grosse, in der westlichen Kellermauer befindliche Oeffnung bezog. Von den 13 Mitgliedern der Familie schliefen 2 Erwachsene und die 6 Kinder in Zimmern, die von diesem Ofen geheizt waren.

Am 8. Dec. wurde der Inhalt einer gut gemauerten Grube, in der die Küchenabfälle und Mist während des Sommers gelegen hatten, auf ein benachbartes Feld ausgebreitet, welches nur 10 Meter westlich von der erwähnten Zuleitung zur Luftheizung und etwas höher lag. Zu dieser Zeit herrschte Nordwind und stand das Thermometer beständig unter 0°, trotzdem war der Geruch von dem Felde sehr unangenehm. Mit dem 12. trat wärmeres feuchtes Wetter und zu gleicher Zeit auch Westwind ein, so dass die mit den Ausdünstungen



beladene Luft dem Heizapparat direct zugeführt wurde. Diese Witterungsverhältnisse hielten etwa 10 Tage an. Am 22. erkrankte eines der Kinder, am 26. ein zweites, am 27. ein drittes mit der Mutter, am 29. ein viertes, sämmtlich Personen, die in den von der Luftheizung erwärmten Zimmern schliefen. Dass das zuerst erkrankte Kind, welches nach 4 Tagen starb, die andern nicht ansteckte, dafür spricht der Umstand, dass von den zahlreichen Freunden u. s. w. die mit den Kranken beschäftigt waren, keiner erkrankte, sowie der, dass alle Familienglieder, die nicht geheizte Schlafzimmer hatten, ebenfalls verschont blieben. Warren.

---

2. **Charles Mauriac, de l'excision du chancre syphilitique.** Die Excision des syphilitischen Schankers. (Gazette des hôpitaux, 1881. Nr. 7, 10 und 14.)

M. hebt hervor, dass in den ersten Tagen die Diagnose häufig zweifelhaft ist. Die Zeit zwischen der Ansteckung und dem Auftreten des syphilitischen Schankers schwankt zwischen 30 und 40 Tagen. Nach der einen Anschauung geschieht die Absorption des Giftes in dem Augenblick der Ansteckung; der ganze Organismus ist inficirt, und der indurirte Schanker ist das erste Symptom dieser Allgemeininfektion. Nach der anderen Anschauung bleibt das Gift zunächst an der Stelle des Eintritts in den Körper; es entwickelt sich daselbst der Schanker und erst von diesem aus wird der Organismus inficirt (chancre infectant). Nur die Anhänger der zweiten Anschauung werden das Gift an der Eintrittsstelle zu zerstören und dadurch die Infektion zu verhüten suchen. M. excidirte in sieben Fällen; im 1. Falle vier Tage, nachdem der indurirte Schanker sich gezeigt; die Narbe indurirte sich, und vierzig Tage nach dem Auftreten des Schankers traten sekundäre Symptome ein. Die 2. Excision geschah am 10. Tage; auch sie blieb ohne Erfolg. Ebenso alle anderen, welche am 9. resp. am 16., am 15. und am 10. Tage nach dem Auftreten der primären Affektion gemacht wurden. Die Excision geschah also zu spät — mit Ausnahme des 1. Falles bestanden schon indolente Drüsenschwellungen —, um die Infektion zu verhüten. Die lokalen Erfolge waren günstig; die Wunde vernarbte schnell; sie indurirte sich später, ohne zu exulceriren. Die Drüsenschwellungen wurden nicht beeinflusst; die Inkubationszeit wurde weder abgekürzt noch verlängert. — Im 7. Falle trat etwa zwei Wochen nach dem inficirenden Beischlaf an der Schleimhaut des praeputium eine Stecknadelkopfgrosse, etwas indurirte Papel auf, deren syphilitische Natur sich daraus ergab, dass die inficirende Person deutlich syphilitisch war. 50 Stunden, nachdem sie sich bemerkbar gemacht, als noch keine Spur von Drüsenschwellung bestand, wurde die Papel und ihre etwas geröthete Umgebung in weiter Ausdehnung abgetragen. 17 Tage nachher fand sich in der Narbe eine charakteristische Induration, nach 40 Tagen ein papulöses Syphilid. Es hatte also auch die unter möglichst günstigen Bedingungen vorgenommene Excision keinen Einfluss auf die Entwicklung der Krankheit.



Nach diesen Misserfolgen bekehrt M. sich zu der ersteren der obigen Anschauungen, nach welcher bei der Ansteckung der ganze Organismus mit einem Schlage syphilitisch wird. Während der folgenden Inkubationszeit ist, so nimmt er an, diese Infektion eine zur Hervorbringung sekundärer Symptome unzureichende. Von der Eintrittsstelle aus gelangen immer mehr inficirende Partikel in den Organismus, in den benachbarten Lymphdrüsen etabliren sich neue Infektionsherde, welche vor und nach immer mehr Infektionsstoff an das Blut abgeben; erst dann, wenn das Blut mit demselben gesättigt ist, d. h. nach Ablauf der Inkubationszeit, bewirkt er sekundäre Symptome.

E. Bardenhewer.

---

3. **Dr. G. Langreuter, Ueber syphilitische Pharynxstricturen.** (D. Arch. f. klin. Med. B. XXVII. 3, 4, pag. 322).

Syphilitische Geschwüre treten mit Vorliebe in den mit Schleimhaut bekleideten schlauch- und röhrenförmigen Gebilden des Körpers auf, und dort ruft das eminente Contractionsbestreben der Narben hochgradige Stricturen hervor, welche durch das unmerklich langsame Auftreten und Fortschreiten um so gefährlicher werden. Den luetischen Verengerungen des Rachens wurde bisher wenig Aufmerksamkeit geschenkt; Verf. ist in der Lage die Casuistik um einen interessanten Fall aus der Klinik des Herrn Prof. Oertel zu vermehren:

U. N., Sattler von München, acquirirte 1872 ein ulcus durum; 5 Wochen darauf Schmerzen beim Schlucken, welche besonders im Jahre 1874 exacerbirten; Ulcerationen im Rachen, die Uvula ging allmählig ganz zu Grunde. Von 1875 an erschwerte Ernährung und Athembeschwerden, erste Innunctionscur mit Heilung der Geschwüre. Zwei Jahre lang relativ guter Zustand. Im Jahre 78 wieder Schlingbeschwerden und Athemnoth, bedingt durch Narbencontraction; Tracheotomie, Besserung und Erholung. Anfang 79 wurde Pat. in der laryng. Klinik des Prof. Oertel in Behandlung genommen. Die Veränderungen im Rachen waren folgende:

Der ganze hintere Theil des Rachens ist ein festes Narbengewebe, das nach oben das Cavum phar. nasale, nach unten das Cavum pharyngolaryngeum überbrückt, von grauröthlicher Farbe, einzelne Stränge glänzen weiss-sehnig. Beide Membranen sind straff gespannt, der Nasenrachenraum abgeschlossen bis auf eine 3 mm breite und 5 mm lange Spalte. In der Mitte der untern Membran restirt eine stecknadelkopfgrosse runde Oeffnung mit scharfen harten Rändern; der laryngoscopische Einblick unmöglich. Das ganze Narbengewebe ist bei Schlingversuchen beweglich und bei Berührung desselben werden Brechbewegungen ausgelöst. Die Sprache ist aphonisch und die Athmung bei Verschluss der Trachealcanüle sehr mühsam. Prognostisch konnte man nur sagen, dass durch eine Operation leichtere Ernährung erzielt werden könne, die Verhältnisse bezüglich der Athmung und Sprache konnten erst nach der Operation klarer werden. Zuerst wurde die Narbenmasse nach vorn und hinten mit einem geknöpften Kehlkopfmesser dilatirt; die Blutung aus dem durchschnittenen sehr harten Ge-



webe war gering, der Schmerz bedeutend. Das Schlingen ging sofort besser und die Stimme nahm wieder Klang an. 10 Tage später zwei seitliche Incisionen, hierauf bekam man deutlichen Einblick in den völlig intacten Keklkopf. Neue Geschwüre des Rachens machten wiederholt eine Inunctionscur nöthig. Es folgte neue Narbencontraction, die Operation musste wiederholt werden, daran schloss sich eine energische Bougiecur (Schrötter). Der Zustand des Rachens und das Allgemeinbefinden des Pat. blieben fortan durchaus befriedigend. Das Zustandekommen so hochgradiger Verengerungen im Schlunde ist nur dann möglich, wenn das Geschwür ein ringförmiges war. Da für die eminente Contraction das Material der Narbe nicht ausreicht, wird die Umgebung bedeutend in Mitleidenschaft gezogen. Die Narbencontraction in der Mitte ist so kräftig, dass die angrenzende Schleimhaut abgehoben und mit in's Lumen des Rachens hineingezogen wird, woraus sich auch die Beweglichkeit und eigenthümliche Innervation der Narbenmasse erklärt. Bei der Geneigtheit des Kehlkopfes zu syphilitischen Erkrankungen ist es interessant, dass in einer Zusammenstellung von 15 Fällen, welche L. gibt, 4mal der Kehlkopf intact war. In dem Oertel'schen Falle genügt eine blosse Behinderung des Exspirationsstromes, um eine aphonische Sprache zu erzeugen. — Die Behandlung der vollendeten Structur muss in allen Fällen eine operativdilatirende sein. Meist geht die Oeffnung der Luftröhre voran. Darauf folgt die blutige Erweiterung mit dem Messer und eine energische Bougiecur. Treten neue Ulcerationen auf, so wird eine antisyphilitische Behandlung eingeschaltet. Dass auch nach anscheinend erfolgter Heilung der Kranke noch durch Jahre hindurch beobachtet werden muss, ist klar.

Kopp (München).

---

4. **Dr. A. Strümpell,** Privatdocent in Leipzig, **Neuropathologische Mittheilungen.** (Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 28, H. 1, p. 43.)

1. Zur Casuistik der apoplektischen Bulbärlähmungen.

Unter apoplektischer Bulbärlähmung versteht man eine unter den Erscheinungen des apoplektischen Insultes auftretende Symptomengruppe, deren anatomische Ursache in die Oblongata, resp. den Pons zu verlegen ist. Je nach Art und Ausbreitung des anatomischen Vorgangs verläuft die Krankheit entweder rasch letal, bleibt ungebessert oder bessert sich langsam; sehr selten ist wie im folgenden Fall der Ausgang in Heilung.

Ein 36jähr. Oekonom, der zu Schwindelanfällen von früher her disponirt ist, fällt plötzlich, ohne das Bewusstsein zu verlieren, um und bietet in der Folge das Bild der Bulbärlähmung mit vollständiger Behinderung des Schlingactes, Erschwerung der Sprache, einer eigenthümlichen Störung des Temperatursinns, rechtsseitiger Facialislähmung etc. Unter Sondenernährung und galvanischer Behandlung schwindet zunächst die Facialislähmung, allmählich auch die Alteration des Temperatursinnes; die Schlinglähmung bessert sich erst nach achtwöchentlichem unverändertem Bestehen innerhalb 3 Wochen vollständig. Da



die Besserung seitdem $3^1/_2$ Jahre angehalten hat, kann sie als eine definitive gelten.

Das Hauptsymptom, die Schlinglähmung, weist auf den Hauptsitz der Erkrankung, auf die Oblongata hin, in welche das Reflexcentrum der Schlingbewegungen zu verlegen ist. Von Seiten der beim Schlingact betheiligten Nerven waren nebenbei nur leichte Initialsymptome vorhanden, die als secundäre Folgezustände des Hauptherdes anzusehen sind: eine leichte subjective Behinderung der Zungenbewegungen (Hypoglossus), ein krampfhaftes Hinüberziehen des Kopfes nach rechts (Accessorius), Pulsverlangsamung (Vagus). Anfangs muss aber auch die hintere Hälfte des Pons in Mitleidenschaft gezogen worden sein, wofür folgende Initialerscheinungen sprachen: die rechtsseitige Facialisparalyse, eine Parese des rechten Abducens (Strabismus intern.), ein in geringem Grade beobachteter Nystagmus, der auf einer Reizung des im Pons angenommenen Centrums für associirte Augenbewegungen beruhen kann; ja bis zum Oculomotorius aufwärts reichte die Störung, wie eine am rechten Augenlid vorhandene Ptosis bewies. Besonders auffallend war eine linksseitige Sensibilitätsstörung. Es fehlte nämlich linkerseits nicht nur die normale Unterscheidung von Temperaturdifferenzen, sondern alle thermischen, auch die Kältereize riefen positive Wärmeempfindung hervor. S. bezeichnet diese qualitative Aenderung der Reaction als „perverse oder conträre Temperaturempfindung". Dieselbe ist von ihm und andern Autoren, besonders von Eisenlohr, schon mehrfach neben subjectivem Wärmegefühl auf der betreffenden Seite als Theilerscheinung von bulbären Symptomencomplexen beobachtet worden. Auch eine umgekehrte perverse Temperaturempfindung (heiss als kalt empfunden) hat Verf. bei einem Tabeskranken beobachtet. — Die gekreuzte Lähmung — rechtsseitige Lähmung der Gehirnnerven und linksseitige Sensibilitätsstörung am Rumpf und den Extremitäten — lässt sich mit der Annahme einer Betheiligung der rechten Ponshälfte sehr gut vereinbaren. Wegen der Sensibilitätsstörung in der linken Gesichtshälfte aber muss man, wenn man die Einheit des Krankheitssitzes nicht aufgeben will, annehmen, dass es Trigeminusfasern gibt, die bereits im Pons eine Kreuzung erfahren. Dafür sprechen in der That eine Anzahl pathologischer und anatomischer Beobachtungen (Wernicke, Meynert). — Der Fall lässt sich also anatomisch sehr wohl folgendermassen deuten: „Ausgehend von der am meisten geschädigten Stelle des Reflexcentrums für die Schlingbewegungen, dessen Ort (Olive?) wir freilich nicht näher angeben können, muss sich eine weitere leichte Störung vorzugsweise in dem hinteren Theile der rechten Ponshälfte geltend gemacht haben." — Bezüglich der Art der Laesion spricht sich S. nach Ausschluss anderer Möglichkeiten und unter Beibringung positiver Gründe für die Annahme einer Hämorrhagie aus. Da ihm für die rasch verschwindenden Initialsymptome die Wirkungen der Compression, der reactiven Entzündung etc. nicht plausibel erscheinen, hält er „eine ausgebreitete aber anatomisch leichte Störung" in der Oblongata und Brücke für wahrscheinlich, in deren Gebiet in Folge von Circulationsstörungen eine die Schlinglähmung bewirkende Hämorrhagie erfolgte.

Im folgenden Fall zeigt die Affection den Ausgang in ein statio-

näres bulbäres Symptomenbild. Eine 56jährige Frau wird plötzlich sprachlos, ohne das Bewusstsein zu verlieren, dazu gesellen sich Schlingbeschwerden mit Ansammlung von Speichel, der durch die kraftlosen Hustenstösse nur mangelhaft entfernt werden kann. Zunge vollständig bewegungslos, weicher Gaumen paretisch etc. Die Zunge wird wieder etwas beweglicher, so dass einzelne Buchstaben ausgesprochen werden können. Nach 3 Jahren, wo der Zustand nicht wesentlich verändert ist, lassen sich an der Zunge weder fibrilläre Zuckungen noch Atrophie nachweisen. Zum Bild der progressiven Bulbärlähmung fehlt daher nur die Atrophie der Lippen und der Zunge. Letztere Thatsache ist für die Frage von Interesse, ob die trophischen Centren von den motorischen zu trennen seien. Die ursprüngliche vollständige Hypoglossuslähmung war hier in eine definitive theilweise Lähmung dieser Nerven übergegangen; dennoch war keine Atrophie der Zunge nachweisbar, und ihr elektrisches Verhalten ganz normal. Da jedoch noch eine Anzahl normaler Muskelfasern existirten, die eine partielle Atrophie maskiren konnten, ist der Fall nicht *vollständig* entscheidend in dieser Frage. Die Beeinträchtigung der Sprache hing übrigens abgesehen von der Hypoglossuslähmung von der gleichzeitig vorhandenen herabgesetzten Innervation der Stimmbänder ab, und durch letztere waren auch die ungenügenden Hustenstösse bedingt. „Der Ort der Störung muss vorzugsweise in der Gegend des Hypoglossuskernes gesucht werden, dessen mediale Lage die Möglichkeit der beiderseitigen Lähmung gut erklärt, nächstdem kommt mit Rücksicht auf die Innervationsstörung des weichen Gaumens und der Stimmbänder das benachbarte Vagus-Accessoriusgebiet in Betracht ...“ S. hebt die Uebereinstimmung des allmählich entstehenden Symptomenbildes bei progressiver Bulbärparalyse mit dem plötzlich auftretenden bei der apoplektischen Form hervor.

Folgt ein 3. letal verlaufener Fall. Ein 52jähr. Arbeiter bricht (in Folge einer starken Erkältung) plötzlich zusammen, ohne das Bewusstsein zu verlieren, kann bald wieder gehen, behält aber eine Ptosis beider oberen Augenlider, Unbeweglichkeit des linken Bulbus nach innen mit beschränkter Beweglichkeit nach oben; einige Monate später zunehmende Schwäche der Arme und Atrophie am M. deltoideus, triceps und dem Daumenballen, noch später zunehmende Erschwerung des Schlingactes und der Sprache. Tod in einem wiederholten Anfall von Dyspnoe in Folge von Schleimanhäufung in den Luftwegen bei Unvermögen zu expectoriren. — Im Oculomotoriuskern finden sich kleine Hämorrhagien, in der Med. obl. theils leere Lücken, theils solche die kleinen aneurysmata dissecantia glichen. Mikroskopische Untersuchung fehlt. — Von Interesse sind der seltene Beginn mit einer apoplektisch eingetretenen Oculomotoriuslähmung und die schon öfter beobachtete Combination bulbärer Symptome mit den Erscheinungen der progressiven Muskelatrophie. Verf. hält eine per continuitatem fortschreitende Erkrankung nicht für wahrscheinlich und nimmt eine „in dem ganzen betroffenen Gebiet gleichzeitig bestandene Disposition zur Erkrankung“ an, die zuerst zu den Haemorrhagien im Oculomotoriuskern, später zu den vorauszusetzenden Veränderungen in der grauen Substanz der Vorderhörner und den Kernen der Oblongata führte.



Der Fall ist übrigens im Wesentlichen den auf chronisch degenerativen Vorgängen im verlängerten Mark beruhenden Bulbärparalysen anzureihen.

## II. Brachiofaciale Monoplegie mit Sprachstörung. Ausgang in Heilung.

27jähr. Frau erkrankt mit leichter Erschwerung der Sprache, Schwerbeweglichkeit der Finger der rechten Hand und Parese des rechten unteren Facialis. Ord.: Jodkalium. Die Sprachstörung nimmt zu, der rechte Arm wird vollständig gelähmt und zeigt normale Sensibilität, aber ebenso wie der linke Arm eine Steigerung der Sehnenreflexe. Später allmähliche Besserung, doch treten nach 2 Monaten tonische Krämpfe, vorwiegend im rechten Arm ein, die mit den Lähmungen schliesslich vollständig verschwinden. — Ferrier verlegt die Ursache der brachiofacialen Monoplegien in die „Gegend des mittleren und unteren Drittels der Centralwindungen“, wie es den supponirten Centren entspricht. Da aber das Facialiscentrum nach übereinstimmenden Beobachtungen in die unteren Theile der vorderen Centralwindnng herabreicht, also dem motorischen Sprachcentrum (z. B. Stirnwindung) benachbart ist, findet der ganze Symptomencomplex in einer Laesion des motorischen Gebietes der linken Hirnrinde die beste Erklärung. — Bezüglich der Details in der Sprachstörung muss auf das Original verwiesen werden. Es handelt sich im Allgemeinen nicht um amnestische Aphasie, sondern um eine ataktische Störung, „bestehend in dem Unvermögen, die einzelnen Lauttheile des Wortes in der nöthigen Weise zu dem gesammten Wortklange zu vereinigen.“ Diese leichteste Form der ataktischen Sprachstörungen bezeichnet S. als „litterale Ataxie“. — Die nach dem Rückgang der initialen Lähmungserscheinungen aufgetretenen tonischen Krampfanfälle im rechten Arm können symptomatisch den posthemiplegischen Reizerscheinungen beigezählt werden. Da sie klinisch vollständig den Anfällen der Tetanie entsprachen, regt Verf. ohne weiteres Präjudiz die Frage an, „ob die gewöhnliche typische Tetanie nicht auch in cerebralen Störungen ihre Ursache hat“. — In der Literatur findet sich nur ein diesem analoger Fall von Berger (mitgetheilt von Pitschpatsch) mit tonischen Krämpfen nach gebesserten Lähmungen. — Bezüglich der Art der Störung hält S. unter Ausschluss anderer Möglichkeiten einen encephalitischen Prozess für möglich, welcher vielleicht, ebensogut wie anfänglich scheinbar schwere Meningitis, in dauernde Heilung übergehen könne.

## III. Gliom des Halsmarks.

Dieser bei Lebzeiten richtig diagnosticirte Fall zeigt, dass trotz grosser Uebereinstimmung der Symptome von intramedullaren Tumoren und mancher Formen der chronischen diffusen Myelitis, doch manchmal charakteristische Merkmale für die ersteren sich ergeben können. Bei einem 26jähr. Knecht stellten sich im Gefolge eines Sturzes Schmerzen auf der Brust ein, die bald wieder vergingen, und gleichzeitig traten Lähmungen in der linken Hand und rechten Bein auf. Nach ca. acht Wochen Finger (links) activ unbeweglich, beginnende Atrophie an den Interosseis auf dem Handrücken und am linken Daumenballen, Analgesie



am untern Theil des linken Thorax, Sensibilität der Unterextremitäten nicht vollständig normal. In den folgenden Monaten unter Zunahme der Hauptsymptome, zu welchen sich auch noch eine Parese des linken Beines gesellte, auffallender Wechsel der Erscheinungen: Vorübergehende neuralgiforme Schmerzen im linken Arm, tonische Krämpfe einzelner Finger, Auftreten des Fussphänomens und erhöhter Patellarreflexe, vorübergehende Retentio und Incontinentia urinae, unwillkürliche Zuckungen im linken Vorderarm, Daumenballen und linken Pectoralis, tonische Streckkrämpfe beider Unterextremitäten u. A. m. Im 4. und 5. Monat ein intercurrenter Gelenkrheumatismus mit Pericarditis. Nach über 13 Monaten hat der Allgemeinzustand beträchtlich gelitten, das Gesicht ist abgemagert, in der rechten ungelähmten Oberextremität an der Volarseite des Vorderarms zeigen sich kleine Contractionen, im linken Daumenballen und linken Pectoralis mai. fibrilläre Zuckungen, die Unterextremitäten sind vollständig paralytisch und zeigen ebenfalls fibrilläre Contractionen, ihre Reflexe sind erhöht, im linken Arm fehlen die Sehnenreflexe. Langsame Verschlimmerung des Zustandes, besonders der Lähmung des linken Armes und seiner Atrophie (an Hand, Daumenballen und Triceps). Nach 16—17 Monaten geringer Decubitus, Athembeschwerden, Pneumonie, Lähmung auch des rechten Armes, vollständige Aufhebung der Sehnenreflexe. Unter hohem Fieber, kleinem Puls etc. tritt der Tod ein. — Bei der Section fand sich eine bis in das obere Brustmark reichende Anschwellung des Halsmarks, deren centrale Theile bis zum Beginn der Pyramiden gallertig-schleimig erweicht waren. Ausserdem croupöse Pneumonie des linken Oberlappens, Fremdkörperpneumonie des linken Unterlappens. Die mikroskopische Untersuchung wies eine gliomatöse Entartung des Halsmarks und eine nicht sehr starke secundäre absteigende Degeneration der Pyramiden-Seitenstrangbahnen im unteren Brustmark und Lendenmark nach. — Die gekreuzte Lähmung im linken Arm und rechten Bein hatte von Beginn auf eine „Affection im obersten Halsmark in der Gegend der Pyramidenkreuzung“ hingewiesen, wo in der That auch der ausgedehnteste Herd sich vorfand. Ebenso bestätigte sich die auf die Seltenheit prymärer Myeliten und die relative Häufigkeit des Glioms in dieser Gegend gestützte Diagnose „Gliom“. Schon die Eigenthümlichkeit des Verlaufs, das Hinzutreten der Lähmungen des linken Beines und rechten Armes, die früh auftretenden Atrophien in den Armen, welche auf eine Mitbetheiligung der grauen Substanz im Halsmark hinwiesen, während in der Muskulatur der Beine der normale Ernährungszustand lange erhalten blieb — alles dieses hatte eine Neubildung viel wahrscheinlicher gemacht als eine diffuse Myelitis. Endlich war der Wechsel in der Intensität der spastischen und Lähmungssymptome, wie er von Virchow als eigenthümlich für die gefässreichen Gehirngliome hervorgehoben und auch bei Gliomen des Rückenmarks beobachtet worden ist, diagnostisch verwerthet worden. — In aetiologischer Beziehung ist schon öfter das Auftreten der ersten Symptome nach einem Trauma beobachtet worden; auch in diesem Fall lässt sich die Möglichkeit nicht leugnen, dass das angeführte Trauma bei schon vorhandener sonstiger Disposition die Veranlassung zu der Neubildung gegeben hat.

Stintzing (München).

---



5. **Michael Lion, Ueber das klinische Bild der secundären Degenerationen der cortico-musculären Leitungsbahnen.** (Zeitsch. für clin. Med. von Frerichs und Leyden. Bd. II. Heft II, 1880.)

Verf. bespricht die typische Erkrankung der Willkürsbahnen, welche von Türck unter der Bezeichnung „secundäre Degeneration der Pyramidenbahnen" schon 1850 in die Litteratur eingeführt wurde. Pathologisch-anatomisch wird das Leiden jetzt meist als ein Entzündungsprocess mit dem Ausgang in Sclerose betrachtet. Verf. glaubt, dass die hierher gehörige Frage noch der endgültigen Entscheidung harre, behandelt jedoch vorzugsweise die clinische Seite des Gegenstandes.

Während alle Autoren den Verlauf der Willkürbahnen im motorischen Gebiet der Hirnrinde beginnen, theils direct durch die innere Capsel, theils durch den Linsen- und Schwanz-Kern verlaufen, in den Hirnschenkel treten und als vordere Längsbündel durch die Brücke ziehen lassen, ist noch keine Einigung über den weiteren Verlauf in medulla oblongata und spinalis erzielt. Meynert liess die betreffenden Fasern nur in die Pyramiden gelangen, wo vollständige Kreuzung entstehe und der weitere Verlauf im entgegengesetzten Seitenstrang durch das ganze Rückenmark erfolge; Flechsig und andere Autoren nehmen an, dass die Willkürfasern sich in den Pyramiden concentriren, jedoch von hier nur theilweise in den entgegengesetzten Seitenstrang gelangen, während ein andrer Theil ungekreuzt in den gleichnamigen Vorderstrang trete. Verf. unterscheidet zweifache Willensbahnen: 1. Pyramidenbahnen, a. aus direkten Bündeln aus der Rinde, b. aus Bündeln aus den Vorderhirnganglien, 2. Vorderstrangbahnen, a. aus Bündeln aus den Vorderhirnganglien, b. aus Rindenbündeln bestehend. — Bei Hemiplegikern findet sich eine Veränderung der cortico-musculären Bahnen, die zuerst als graue, absteigende oder secundäre Degeneration bezeichnet wurde. Dabei ist nur ein verhältnissmässig schmaler Querschnitt im Seitenstrang degenerirt, während der übrige weisse und gesammte graue Querschnitt intakt bleiben. — Bei den Hemiplegikern entwickeln sich später Contracturen an den gelähmten Gliedern; halbseitige Contracturen wurden nie ohne vorausgegangene Hemiplegie beobachtet, und es ist auffallend, dass in denselben Muskeln Lähmungs- und Reizerscheinungen zugleich auftreten. Sicher gestellt ist ferner, dass in allen Fällen von späten halbseitigen Contracturen die Autopsie eine sec. Degeneration der cortico-musculären Bahnen zeigte, entweder der Pyramidenbahnen allein, oder auch der Vorderstrangbahnen, während die primäre Läsion immer eine der folgenden Stellen betraf: motorisches Gebiet der Rinde, innere Kapsel mit motorischen Ganglien, Centrum ovale in der Nähe des Hirnschenkels, Hirnschenkel, Brücke, Pyramiden. Es sind dies dieselben Regionen, deren Läsion Hemiplegie erzeugt. — Charcot constatirte zuerst, dass nur ein bestimmtes, mit der motorischen Zone der Physiologen identisches Rindengebiet, dessen Zerstörung secundäre Degeneration der cortico-musculären Bahnen setzt, clinisch Lähmungen und Contracturen bewirkt. Von diesem Gebiete wissen wir, dass Reizung desselben unilaterale Epilepsie hervorruft. Verf. constatirt ferner, dass das grösste Percent secundärer Degenera-



tionen der cortico-musculären Bahnen nach Läsion der innern Kapsel und motorischen Ganglien entstehen. Zur Illustration führt Verf. Fälle aus der Litteratur sowie von ihm selbst beobachtete an, und sucht die Frage zu erledigen, auf welche Weise secundäre Degenerationen der Willensbahnen Contracturen bedingt und ob die letzteren directe Symptome der ersteren sind. — An der Hand von Beispielen ergeben sich folgende Sätze: Die Muskeln der Orbita und am Halse, die so leicht bei der initialen Phase der Hemiplegie betroffen werden, sind nie Sitz der späten Contracturen. — Die obere Extremität ist immer diejenige, wo Spannungen, Contracturen am intensivsten ausgeprägt sind. — Der Flexionstypus (nach Bouchard) ist häufiger als der Extensionstypus. Contracturen können sich zurückbilden, gelähmte und contrahirte Theile ihre Leistungsfähigkeit zurückgewinnen. — Sehnenreflexe und Reflexcontractionen sind gesteigert; in verschiedenen Muskeln treten neue Sehnenreflexe und Irradiationen der Reflexe auf; ausser den Klopfreflexen sind hier die Dehnungsreflexe zu nennen, die activ sind — (z. B. folgt, wie Patient die Hand beugt, durch Dehnung der Strecksehnen, die als Reiz wirkt, eine Extension). — Hochgradige Steigerung der Sehnenreflexe geht den Spannungen voraus. — In den meisten Fällen ist auf der gelähmten Seite eine gesteigerte faradische und galvanische Erregungsfähigkeit vorhanden. — Bestand die Hemiplegie seit der Kindheit, so lässt sich Agenesie constatiren. In einem Schlusskapitel fügt Verf. eine Theorie der Krankheit bei.

**v. Mosengeil.**

---

6. **Prof. Westphal** (Berlin), **Ueber das Verschwinden und die Localisation des Kniephänomens.** (Berl. klin. Wochenschr. 1881. Nr. 1 u. 2.)

W. hatte schon 1875 (Arch. f. Pscyh. u. Nervenkht. V. S. 803) mitgetheilt, dass das Kniephänomen bei ausgebildeter Tabes fehle, und 1878 (Berl. klin. Wochenschr. N. 1.), dass dieses Fehlen eines der frühesten Symptome der grauen Degeneration der Hinterstränge sei. W. erörtert nunmehr an der Hand einer Beobachtung die Fragen, ob da, wo das Fehlen des Kniephänomens das erste Symptom des Tabes ist, bereits anatomische Veränderungen im Lendentheil der Hinterstränge vorhanden sind, und ob dieselben in den äussern oder mittlern Schichten der Hinterstränge sich befinden.

Bei einem mit Atrophie der Optici behafteten Paralytiker mässigen Grades, bei welchem alle Erscheinungen bis auf intellectuelle Schwäche zurückgegangen waren und das Kniephänomen deutlich vorhanden war, zeigte sich 2 Jahre nach Beginn der Sehstörung zum erstenmal, dass am 20. Oct. 1879 das Kniephänomen rechts fehlte, am 3. Jan. 1880 sodann auch links. Am 8. Jan. starb der Kranke unter Darmkatarrh, Fieber, Tremor und Delirien. Das Rückenmark sah ganz normal aus; am erhärteten Mark aber erkannte man schon makroskopisch hellgelb gefärbte Stellen an den Hintersträngen, in denen „zahlreiche Fettkörnchenzellen, erheblicher Schwund an markhaltigen Nervenröhren



und eine Verdickung des interstitiellen Gewebes" zu finden waren; die graue Substanz erschien normal. Diese erkrankten Parthieen liessen den mittlern Theil der Hinterstränge frei und „nahmen einen Abschnitt des äussern Theiles in wechselnder Gestaltung ein". Es wird dadurch also die schon früher von W. ausgesprochene Vermuthung, dass das Erlöschen des Kniephänomens gerade von der Erkrankung des äussern Theiles der Hinterstränge (Burdach'sche Keilstränge, Flechsig's Grundbündel) abhänge, direct bestätigt.

W. hält daher die Ansicht aufrecht, dass das Kniephänomen bei wirklich ausgebildeter Tabes, wenn die Degeneration der Hinterstränge bis in den Lendentheil reicht, regelmässig fehle. Das von Andern (Berger) behauptete Fehlen des Kniephänomens bei Gesunden hat W. nie gesehen; schwerer hervorzubringen schien es bei Leuten mit kurzen, dicken Beinen, bei denen der Abstand des untern Patellarrandes von der obern Protuberantia tibiae sehr gering, die Schwingung der zu kurzen Sehne also erschwert ist. Andererseits kann das Phänomen fehlen, wenn der Muskeltonus stark herabgesetzt ist, da dieser die Hauptbedingung für das Zustandekommen desselben ist; z. B. unmittelbar nach dem convulsivischen Stadium des epileptischen Anfalles, bei manchen Hemiplegieen am gelähmten Bein, nach Nervendehnung, in der Agone etc. Fälle, in denen das bereits erloschene Kniephänomen später wieder gefunden wurde, scheinen W. zu beweisen, dass die schon eingeleitete Degeneration wieder rückgängig werden könne.

R.

---

7. **De l'élongation des nerfs.** Nervendehnung. (Progès medical, 1881. Nr. 5 und 6.)

In der Sitzung der société de biologie vom 22. Jannar a. c. bat Dumontpallier Brown-Sequard um Aufschluss über die Frage der Nervendehnung bei tabes. B.-S. erwiederte, dass man die Wirkung derselben habe voraussehen können. Die Hervorrufung der Ataxie durch das Experiment lege den Gedanken nahe, dass dieselbe von einer Reizung des Rückenmarks abhängig sei; es könne also nicht auffallend erscheinen, dass andere Reize günstig auf die Krankheit einwirkten. Laborde bemerkt, dass die heftige Torsion eines Fingers, welche seit Alters zur Sistirung des epileptischen Anfalles ausgeführt worden sei, nichts anders sei als eine Nervendehnung. Er zeigt ein Kaninchen, bei welchem er durch Durchschneidung des Rückenmarks allgemeine und spinale Epilepsie erzeugt hat. Die Dehnung eines n. ischiadicus brachte die spinale Epilepsie zum Verschwinden. Vielleicht würde die Dehnung des anderen ischiadicus die allgemeine Epilepsie beeinflussen.

In der Sitzung derselben Gesellschaft vom 29. Januar sprach Brown-Sequard über die Beziehungen zwischen der Durchschneidung des Rückenmarks und der Nervendehnung. Er führte bei Kaninchen, Meerschweinchen und Hunden die halbseitige Durchschneidung des Rückenmarks aus. Dehnte er dann den n. ischiadicus auf der anästhetischen Seite, so kehrte auf derselben nicht nur das Gefühlsvermögen



wieder, sondern es steigerte sich zur Hyperästhesie (mit Lähmung oder Contraktur und Temperatursteigerung). Diese Hyperästhesie ist nicht bedingt durch eine durch die Dehnung gesetzte krankhafte Reizbarkeit des betreffenden n. ischiadicus; denn bei Meerschweinchen, wo dieser Nerv nur die beiden äusseren Zehen innervirt, erstreckt sich dieselbe auch auf die von dem n. cruralis versehene innere Zehe, und Brown-Sequard sah die Hyperästhesie auch an der vorderen Extremität der entsprechenden Seite auftreten. — Durchschneidet man den pons Varoli auf einer Seite, so tritt auf dieser Seite Hyperästhesie, auf der anderen Anästhesie ein; durchschneidet man nun auf der andern Seite halbseitig das Rückenmark, so wird an den Hinterextremitäten das Verhältniss ein umgekehrtes: die zuerst hyperästhetische Seite wird anästhetisch, die zuerst anästhetische wird hyperästhetisch. Danach hat also die halbseitige Rückenmarksdurchschneidung dieselbe Wirkung auf das Rückenmark wie die Dehnung eines n. ischiadicus auf der anästhetischen Seite.

Laborde bestreitet diese Folgerungen. Er rief durch totale Durchschneidung des Rückenmarks allgemeine und spinale Epilepsie hervor, und dehnte einen n. ischiadicus; reizte er nun die Pfote dieser Seite, so blieb dieser Reiz wirkungslos; reizte er die Pfote der anderen Seite, so traten die Zuckungen auf der Seite, wo die Dehnung stattgefunden hatte, ein. Er schliesst daraus, dass nach der Dehnung der sensibele Reiz nicht mehr geleitet wird, während der motorische Reiz ungehindert passirt. Dies wird sich mehr oder weniger geltend machen je nach dem Masse der Dehnung. Bei der Tabes verschwindet der Schmerz nach der Dehnung, weil der sensibele Reiz nicht mehr geleitet wird. Wenn auch die Inkoordination der Bewegungen abnimmt, so geschieht das in so weit, als die Sensibilität an der motorischen Funktion betheiligt ist. E. Bardenhewer.

---

8. **Ripley,** New-York, **Primary infiltrating medullary Carcinoma of Lung.** Primäres infiltrirendes Medullarcarcinom der Lunge. (N. Y. Med. Rec. Dec. 18. 1880. S. 691.)

Im Okt. wurde ein Patient in ein New-Yorker Spital aufgenommen, der über Schmerzen der Sternalgegend, Dyspnoe bei geringer Anstrengung und allgemeine Schwäche klagte. Diese Beschwerden hatten vor 3 Monaten mit Husten und schleimigem Auswurf angefangen, ohne dass ätiologische Momente zu eruiren gewesen wären. Besonders wurden Alkoholgenuss und Lues geleugnet.

Die Untersuchung des Thorax ergab: Links relative Unbeweglichkeit mit „Retraktion der untern Interkostalräume.“ Pektoralfremitus: links vorn fehlend; hinten oben verstärkt, unten geschwächt; rechts hinten etwas verstärkt. Links vorn geringe, hinten aber vollständige Dämpfung, rechts nichts abnormes. Links vorn oben schwaches entferntes Bronchialathmen, unten nichts; hinten Bronchialathmen oben laut und nah, unten schwach und entfernt; rechts hinten schwaches In- und verlängertes Exspirium.



Auf Grund dieses Befundes wurde eine schleichende absteigende Pleuritis vermuthet. Da eine Probepunktion Serum lieferte, schien die Diagnose gesichert. Der Harn war eiweissfrei. Wegen stark beschleunigter Respiration (40) wurden am nächsten Tage 990 ccm Serum abgezogen, ohne besondere Erleichterung zu erzielen. Bei raschem Zerfall der Kräfte starb Pat. sechs Tage später.

Bei der Sektion fand man die Pleurablätter links mehrfach verwachsen, besonders hinten oben, im Sack nicht ganz 1 Liter trübe blutige Flüssigkeit. Das Lungengewebe war verhärtet, derb, die Schnittfläche bot ungefähr das Bild einer katarrhalischen Pneumonie im Stadium beginnender Lösung dar, nur in der Spitze war das Gewebe „etwas zerfallen". Zwischen den grauen festen Lungenparthien lagen hyperämische stellenweise atelektatische Stellen; durch das Parenchym erstreckten sich viele schiefergraue bis schwarze Streifen. Unter der Pleura sah man ein schönes weisses polygonales Reticulum. Aus dem infiltrirten Gewebe drückte man eine schmutzige dickliche Flüssigkeit. Die rechte Lunge war viel weniger infiltrirt, hauptsächlich aber unten, auch die Pleuraverwachsungen waren weniger ausgedehnt und fest wie links. Die Bronchialdrüsen waren geschwellt, hart und schwarz. Die Nieren enthielten zahllose weissliche miliare Knötchen, womit die Oberfläche besonders besäet war. Die übrigen Organe zeigten keine pathologischen Veränderungen. Durch die mikroskopische Untersuchung wurde der krebsige Charakter der Lungeninfiltration sowie der sekundären Knötchen in der Niere dargethan. Die bezüglichen Präparate wurden in einer Sitzung der New-Yorker pathologischen Gesellschaft demonstrirt.

Warren.

---

9. **Abcès des parois thoraciques procédant d'une ancienne pleurésie.** Abscesse in den Thoraxwandungen nach Pleuritis. (Gazette des hôpitaux 1881. Nr. 12.)

Im Jahre 1865 veröffentlichte Leplat einen Artikel in den archives générales de médecine, in welchem er zu folgenden Schlusssätzen gelangte: Die warmen und kalten Abscesse in den Brustwandungen gehen häufig aus einer frischen oder alten Pleuritis hervor; die Entzündung der Pleura beschränkt sich nicht auf dieselbe, sondern ergreift die benachbarten Gewebe, und die Karies oder Nekrose der Rippen ist nicht die Ursache des Abscesses, sondern im Gegentheil die Folge desselben. Gaujot und Dauvet bekämpften diese Ansicht und behaupteten, eine Periostitis durch Trauma sei das primäre, Abscess und Pleuritis das sekundäre. Es ist dagegen richtig, dass beide Entstehungsweisen vorkommen: es giebt Abscesse in den Thoraxwandungen, welche von aussen nach innen, und solche, welche von innen nach aussen vorschreiten.

Maurice Raynaud demonstrirte einen Fall der letzteren Art. Es handelte sich um einen 46jährigen Mann, welcher, früher immer gesund, frei von Skrofulose, Tuberkulose und Syphilis, vor zwei Jahren



nach einer Erkältung eine rechtsseitige Pleuritis bekam. Nach sechs Monaten bildete sich an dieser Seite ein fluktuirender Tumor, bei dessen Eröffnung sich $^3/_4$ Liter geruchlosen Eiters entleerte. An der Stelle der Eröffnung bildete sich eine Fistel, welche sich bald schloss. Nachher bildeten sich drei neue Fisteln. Zur Zeit ist der Patient arg heruntergekommen; der Tumor hat die Grösse eines Hühnereies; aus den Fisteln fliesst Eiter. Beim Einführen der Sonde gelangt man auf eine entblösste, rauhe Rippe. Von oberhalb der Mitte der rechten Thoraxseite nach abwärts ist der Perkussionsschall gedämpft, das Athmungsgeräusch ist abgeschwächt, der Stimmfremitus fehlt. Bei tiefer Inspiration verschwindet der Tumor zum Theil, bei der Exspiration springt er stärker vor. Es besteht also eine alte Pleuritis, und der Abscess kommunicirt mit dem Thoraxinneren. Die Karies der Rippe ist nach Raynaud dadurch verursacht, dass dieselbe lange von dem Eiter umspült war. E. Bardenhewer.

---

10. **Dr. Carl Friedländer** (Berlin), **Schellack-Steine als Ursache von Ileus.** (Berl. klin. Wochenschr. 1881. Nro. 1.)

Ein dem Trunk ergebener Tischlergesell starb nach 7tägiger Krankheitsdauer an den Erscheinungen des Ileus. Es fand sich 30 ctm oberhalb der Valvula-Bauhini ein fester grobhöckriger, annähernd cylindrischer Körper, über welchen die Darmwandungen prall gespannt waren. Oberhalb waren die Dünndärme stark aufgetrieben, unterhalb zusammengefallen. In den flüssigen Inhaltsmassen des Dünndarmes fanden sich noch mehre kleinere, im Magen aber „eine kolossale Quantität grosser Steine". diese Concremente bestanden aus Schellack und es ergab sich, dass der Kranke auch die Tischlerpolitur trank, deren Alkohol also im Magen resorbirt wurde und deren Schellack nur zurückblieb. Fr. macht hiernach darauf aufmerksam, dass man bei Gastrointestinalstörungen der Tischler, Drechsler u. dgl. darnach frage, ob dieselben „Politur-Säufer" seien. R.

---

11. **Sklifassofsky** (Prof. in Moskau). **Die Anlegung eines anus artificialis bei polyadenoma tractus intestinalis.** (Wratsch. 1881. Nr. 4.)

Verf. geht von dem Gedanken aus, dass der sphincter ani eine Verstärkung der catarrhalischen Affectionen des Darms verursache, indem er die freie Entleerung der Gase, Schleim- und Kothmassen hemme. In Fällen einer Neubildung also, die nicht radical entfernt werden kann, schlägt S. die Operation des anus artificialis vor. Zur Illustration theilt er folgenden Fall mit. Pat. 51 J. alt, stark heruntergekommen, leidet an Kollern und heftigen Schmerzen im Unterleibe, namentlich in der linken Iliocoecalgegend; täglich 10 bis 15 flüssige Stühle. Der Stuhl ist schleimig, schaumig, enthält zuweilen flüssiges oder coagulirtes Blut. Unterleib eingesunken; in der linken



Iliocoecalgegend ist eine undeutliche Anschwellung, die vielleicht dem Colon angehört, fühlbar. Bei Untersuchung per rectum überzeugt man sich, dass das Darmlumen mit polypösen Wucherungen, die z. Th. mit einem Stiel, z. Th. mit breiter Basis der Schleimhaut adhäriren, gefüllt ist. Die einzelnen Polypen sind erbs- bis kirschgross. Die obere Grenze der Neubildungen ist nicht zu erreichen. Die Schleimhaut und die übrigen Häute des Mastdarms sind infiltrirt. Bei der Untersuchung entleert sich etwas zähe, chocoladenfarbige Flüssigkeit. — Alle übrigen Organe normal.

In Folge der Unmöglichkeit einer einfachen Excision der Polypen, die eine starke Verengung des Darmlumens verursacht hätte, entschloss sich S. entweder eine Enterectomie vorzunehmen, falls die Neubildung abgegrenzt ist, oder anus artificialis anzulegen. Der Pat. wurde am 12. Dez. 1879 operirt. Durch einen Schnitt von 14 Ctm. Länge parallel dem lig. Poupartii und $1^1/_2$ Ctm. über demselben etwa 3 Finger breit nach Aussen vom tub. pubis wurde die Peritonealhöhle eröffnet. Der Peritonealüberzug des Mastdarms zeigte sich normal; derselbe wurde abgelöst und mit Catgut an's Peritoneum der Wunde angeheftet; darauf wurde der Mastdarm 8 Ctm. lang aufgeschlitzt. Die polypösen Wucherungen reichten hoch herauf, jedenfalls bis zur linken Krümmung des Colon, vielleicht gar bis zur valv. Bauhini. Die Polypen erschienen theils hell, theils dunkelroth gefärbt, der Stiel einiger erreichte 1 Ctm. Länge. Der Mastdarm wurde circulär durchtrennt und die Schleimhaut mit Seide durch Knopfnath mit der äusseren Haut vereinigt. Mit Korkzange und Volkmann'schem Löffel versuchte nun Operateur zunächst in der eröffneten Strecke des Mastdarms die Polypen zu entfernen, was sich aber als unmöglich erwies, da fast die ganze Schleimhaut mit denselben bedeckt war und profuse Blutung eintrat.

Die Wand des Mastdarms war $^3/_4$ Ctm. dick. Die Operation wurde gut ertragen und obgleich die Ernährungsverhältnisse an sich nicht geändert waren, so waren doch die Schmerzen geschwunden, welche früher dem Pat. den Schlaf geraubt hatten, so dass gegen Ende Februar er seine Geschäfte wieder aufnehmen konnte. Eine Nachoperation wurde insofern nöthig, als die Schleimhaut des Darms sich wegen Mangel eines geeigneten Kothrecipienten immer weiter vorstülpte, wesswegen die äussere Oeffnung verkleinert wurde. Seit Ende Mai entzog sich Pat. weiterer Beobachtung. — Die mikrosk. Untersuchung der Geschwulst ergab ein gutartiges Adenom. — Der Verf. ist der Ansicht, dass durch Wegfallen des schädlichen Einflusses der Rectalsphincteren und der durch diese bedingten Blutungen und Schmerzen dem Pat. eine bedeutende Erleichterung seines Zustandes geschafft wurde. N. Krusenstern (St. Petersburg).



12. **Prof. Fr. Mosler, Ueber parenchymatöse Injection von Solutio arsenicalis Fowleri in chronische Milztumoren.** (D. med. Wochenschrift 1880. No. 47.)

Schon früher hat M. betont, dass nach parenchymatöser Injection von Milzmitteln die Milzmuskulatur zu stärkerer Kontraktion angeregt werde als nach innerem Gebrauch derselben Mittel. Eine Erfahrung, welche J. Jaeger in einer Dissertation (Ueber Punktion der Milz zu therapeutischen Zwecken etc. Strassburg 1880) niederlegt, tödtlicher Erfolg einer Einspritzung von Sclerotinsäure in die Milz, führte zu der Schlussfolgerung, „dass wenigstens bei fortgeschrittener Leukaemie und überhaupt bei geschwächten Menschen Injektionen von gelösten medikamentösen Substanzen, ja vielleicht von reinem Wasser in die Milz ein gefährliches und nicht zu empfehlendes Verfahren darstellt." Mosler hat auch seinerseits die Prognose der vorgeschrittenen Leukaemie (2. Stadium, leukaemische Kachexie) für ungünstig erklärt, und hierbei stets von Operationen wie Splenotomie und parenchymatösen Injectionen entschieden abgerathen. M. hält dafür nur solche Fälle für empfehlenswerth, bei welchen derbere Consistenz des Milzparenchyms zu supponiren und allzugrosse Verbreitung und Weite der Milzgefässe nicht zu befürchten sind. Um diese Eigenschaften der Milz herzustellen, hält es M. für zweckmässig, längeren Gebrauch von inneren Milzmitteln und Applikation der Kälte vorausgehen zu lassen, um damit der Gefahr des leichten Eindringens der Flüssigkeit in die Milzgefässe in etwas vorzubeugen.

I. Beobachtung: Nach Malaria und Syphilis war ein Milztumor entstanden. Faradisation vermochte keine Verkleinerung herbeizuführen. Während 8 Tagen erhielt Pat. 2mal täglich eine Darminfusion von Chin. muriat. amorph. (0,5 : 200,0). Dann wurde 4 Stunden lang ein Eisbeutel aufgelegt und nun $^1/_2$ Spritze voll Solut. arsenical. Fowleri in die Milz injicirt. Mit Beibehaltung derselben Vorsichtsmassregeln (Darminfusion von Chin. und vor und nach der Injektion Eisbeutel) wurden die Injektionen wiederholt und dabei die Dosis bis zu einer ganzen Spritze Fowler'scher Lösung erhöht. Nachdem dies 16 Mal wiederholt, war eine deutliche Volumsabnahme der Milz nachweisbar.

II. Beobachtung: Milztumor, der nach Malaria entstanden war, der zu mancherlei Verdauungsstörungen Veranlassung gab, wurde durch wiederholte Injektionen von liqu. arsenical. Fowleri verkleinert und minder beweglich.

Für die Anwendung der Sol. arsenical. Fowleri zur Injektion räth M. mit kleineren Dosen in entsprechender Verdünnung zu beginnen und erst allmählich zu grösseren überzugehen, da er für seine beiden Patienten eine auffallende Toleranz für Arsenpräparate annimmt.

Finkler.

---

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.



Erscheint wöchentlich.
Jeder Jahrgang umfasst
52 Bogen nebst Titel
und Register.

# Centralblatt

für

# KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M.,
zu beziehen durch alle
Buchhandlungen und
Postanstalten.

Redigirt von

**Dr. H. Rühle,** und **Dr. D. Finkler,**

Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn. — Privatdocent und Assistent an der medicin. Klinik in Bonn.

**1881.** **19. Februar.** **Nro. 48.**

**Inhalt.** Referate: 1. **Góth**, Ueber den Einfluss der Malariainfektion auf Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. — 2. **Honegger**, Ein Beitrag zur cerebralen Lokaldiagnostik. — 3. **Hardy**, Asphyxie locale symétrique des extrémités. — 4. **Charcot**, Myxoedème, cachexie pachydermique ou état crétinoide. — 5. **Otto**, Haematom der aryepiglottischen Falten. — 6. **Tornwaldt**, Ein Fall von Tuberculose der Nasenschleimhaut. — 7. **Fischer**, Zur Lehre vom Pyothorax subphrenicus. — 8. **Ribbert**, Nephritis und Albuminurie. Pathologisch-anatomische Untersuchung. — 9. **v. Bamberger**, Ueber haematogene Albuminurie. — 10. **Donath**, Physiologische und physiologisch-chemische Wirkungen des Chinolins. — 11. **Lewin**, Untersuchungen über Wirkung und Verhalten des Tannins im Thierkörper. — 12. **Bochefontaine**, Nouveau mode d'emploi de l'acide salicylique.

1. **Emanuel Góth** (Klausenburg). **Ueber den Einfluss der Malariainfection auf Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.** (Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie. VI. Bd. 1. Heft.)

Seit längerer Zeit beschäftigt, den Einfluss zu studiren, welchen Malariaerkrankungen auf die puerperalen Vorgänge, worunter Verf. nicht blos das eigentliche Wochenbett, sondern auch Schwangerschaft und Geburt verstanden wissen will, ausüben, glaubt Verf. die Resultate dieser Beobachtungen umsomehr mittheilen zu sollen, als dieselben in einzelnen Punkten von den gegenwärtig herrschenden Anschauungen abweichen, und namentlich mit gewissen Behauptungen Ritters in Widerspruch stehen, dessen Erfahrungen über diesen Gegenstand in seinen bekannten Studien über Malariainfection niedergelegt sind, und welche in verschiedenen selbst in neuerer Zeit erschienenen Werken Eingang gefunden zu haben scheinen.

Dass Schwangere gegen Infection mit Malaria keinerlei Immunität besitzen, ist bereits von Griesinger behauptet und von Ritter bestätigt worden.

Von der Richtigkeit dieser Behauptung kann man sich leicht durch die tägliche Erfahrung überzeugen, da, wenn überhaupt Malariafieber auftreten, Schwangere beinahe in demselben Verhältnisse erkranken wie Nichtschwangere. Diese Thatsache ist so leicht zu constatiren, dass man sich wundern muss, wie die Frage, ob Schwangere am Wechselfieber oder andern Formen der Malaria erkranken können oder nicht,



überhaupt entstehen konnte. Wahrscheinlich verdankt dieselbe blos dem Umstande ihr Dasein, dass man bis vor gar nicht langer Zeit der Gravidität eine gewisse Immunität gegen die meisten Infectionskrankheiten vindicirte, eine Annahme, welche durch die Erfahrung der neuesten Zeit bekanntlich gründlich widerlegt wurde.

Eine andere, weniger leicht zu beantwortende Frage ist, ob die Infection mit Malaria die Fortdauer der Schwangerschaft beeinträchtigt oder nicht. Griesinger beantwortet diese Frage bejahend, während Ritter sich im entgegengesetzten Sinne ausspricht.

Im Klausenburger Entbindungsinstitute wurden vom 1. Januar 1873 bis zum 31. December 1878, also in einem Zeitraume von 6 Jahren, 881 Wöchnerinnen verpflegt. Von diesen waren 46 während der Schwangerschaft längere oder kürzere Zeit mit Malariaaffectionen behaftet. Untersuchen wir nun, in welchem Schwangerschaftmonate die Geburt bei den obenerwähnten 46 Individuen eintrat, so finden wir, dass blos bei 27 an Malaria erkrankten Schwangern die Schwangerschaft ihr normales Ende erreichte, während 19 eine Fehl- oder Frühgeburt durchmachten. Und zwar erfolgte in diesen 19 Fällen die Ausstossung der Frucht:

einmal im vierten Monate,
einmal im fünften Monate,
dreimal im sechsten Monate,
fünfmal im siebenten Monate und
neunmal im achten Monate

der Schwangerschaft.

Wir sehen also, dass in 41,3% aller Fälle Unterbrechung der Schwangerschaft eintrat, ein Verhältniss, welches gewiss die Annahme gerechtfertigt erscheinen lässt, dass die Infection mit Malaria zur Unterbrechung der Schwangerschaft im Causalverhältnisse stehen müsse.

Auch der Einwand, dass Frauen, welche während der Gravidität Intermittens acquiriren, sehr häufig das normale Ende der Schwangerschaft erreichen, trotzdem die Infection nicht behoben wurde, kann als stichhaltig nicht anerkannt werden, da auch bezüglich anderer Infectionskrankheiten (z. B. Syphilis) die Dinge bekanntlich so stehen, dass manche Schwangere, welche an der betreffenden Infectionskrankheit leiden, abortiren, andere wieder eine Frühgeburt durchmachen, während wieder andere am normalen Ende der Schwangerschaft gebären.

Gegen alle Formen der Malariaerkrankung zeigte sich die Darreichung von Chinin ebenso wirksam, als ausserhalb der Schwangerschaft, obwohl selbst längere Zeit hindurch fortgesetzter Chiningebrauch vor Recidiven keineswegs schützte.

Was den Einfluss betrifft, welchen die Geburt ihrerseits auf die Malariainfection ausübt, so behauptet Ritter, dass dieser Einfluss sehr bedeutend sei und darin bestehe, dass die Geburt in allen Fällen ein Sistiren der periodischen Anfälle hervorbringe. Ritter hatte diese Beobachtung in seiner bedeutenden Fieberpraxis 4mal gemacht, eine Ausnahme ist ihm nie begegnet. Auch scheint es ihm zweifellos zu sein, dass der während der Geburt eintretende Blutverlust diesen Einfluss auf die Infection ausübt.

Verf. Erfahrungen bestätigen diese, mit so grosser Positivität ausgesprochene Behauptung durchaus nicht.

Sehr interessant gestalten sich die Verhältnisse der Malariainfection während des Wochenbettes.

Diejenigen Formen, welche aus der Schwangerschaft stammen, erleiden keine besondere Veränderung. Hie und da kommt es vor, dass die Anfälle nach der Geburt einige Stunden vor dem erwarteten Zeitpunkte eintreten, die Intermittens also eine Anteponens wird.

Sehr häufig erkranken hingegen Frauen im Wochenbette, welche während der Schwangerschaft vollkommen gesund waren und zwar oft an sehr schweren Formen des Wechselfiebers und muss Verf. Ritter beistimmen, wenn er die grosse Disposition der Puerperen für Malariainfection betont. Auch Mendel machte in seinem, in der Gesellschaft für Geburtshülfe zu Berlin gehaltenen Vortrage auf diesen Punkt besonders aufmerksam.

Ob diese erhöhte Disposition der Wöchnerinnen durch den wunden Zustand des Genitalschlauches bedingt wird, wie Ritter behauptet, oder aber mit dem allgemeinen Schwächezustand derselben zusammenhängt, wie von anderer Seite behauptet wird, wagt Verf. nicht zu entscheiden. Was nun die Paroxysmen selbst betrifft, so ist bereits oben bemerkt worden, dass dieselben im Wochenbette eine grosse Neigung zum Anteponiren besitzen, wenigstens häufiger als man es ausserhalb des Puerperiums beobachtet. Bezüglich des Anfalles selbst möchte Verf. noch bemerken, dass es häufig vorkommt, dass das erste oder das dritte Stadium oder auch beide gänzlich fehlen.

Was nun den Chiningebrauch betrifft, so ist — abgesehen von einzelnen Fällen — die Wirkung dieses Mittels auch im Wochenbette, wo es sich um einfache Intermittensformen ohne Complicationen handelt, stets eine eclatante; eine schädliche Wirkung auf den Säugling wurde nie beobachtet — selbst bei grossen Gaben nicht.

Dass in Fällen mit unreiner Apyrexie das Chinin, wie die meisten Beobachter constatiren, weniger leistet, ist richtig und nach dem oben Gesagten auch leicht verständlich — da in diesen Fällen eben neben der Malaria auch noch andere Fieber erregende Ursachen vorhanden sind, welche durch Chinin nicht beseitigt werden.

Zum Schlusse will Verf. noch auf einen Punkt aufmerksam machen, welchem er eine gewisse Wichtigkeit zuzuschreiben geneigt ist. Derselbe betrifft die Frage, ob es intermittenskranken Müttern gestattet werden solle, ihr Kind selbst zu stillen oder nicht? Eine allgemeine Regel lässt sich nun freilich nicht aufstellen, da in dieser Beziehung die jeweiligen Verhältnisse des speciellen Falles maassgebend sind, doch lässt sich im Allgemeinen behaupten, dass in leichten Fällen, in welchen die Infection bald behoben wird, das Unterbrechen des Säugegeschäftes nicht nothwendig erscheint, während wieder anderseits hervorgehoben werden muss, dass bei langwierigen und stets recidivirenden Wechselfiebern das Selbststillen mit als eine Ursache der Hartnäckigkeit der Infection betrachtet werden muss, da man oft Gelegenheit hat zu beobachten, dass Malariainfectionen, welche während des Stillens einer



jeden Behandlung trotzen, sehr leicht behoben werden können, sobald die **Mutter** dem Selbstsäugen des Kindes entsagt.

Ueber die Frage, in welcher Weise diese Infection die Ausstossung der Frucht bewirkt, möge man im Original nachlesen.

Kocks.

---

2. **Dr. O. Honegger** in Winterthur, **Ein Beitrag zur cerebralen Lokaldiagnostik.** (Deutsch. Arch. f. klin. Med. 27. Bd. 5. u. 6. Heft, S. 520.)

Verf. theilt einen Fall ausführlicher mit, welcher zeigt, dass die bestimmten Anschauungen über die Folgen von Laesionen der Capsula interna nicht ausschliesslich gültig sind. Ein 56jähr. Patient geht, ohne jemals cerebrale Symptome darzubieten, marastisch zu Grunde. Die klinische Diagnose: Endarteriitis chron., Hypertrophie des linken Ventrikels, Nephritis chron., hämoptoische Lungeninfarcte, wurde durch die Section bestätigt. Des Weiteren aber findet sich ausser Herden im linken Streifenhügel, linken Thalamus, Linsenkern, geschwänzten Kern etc. eine hochgradige Degeneration der inneren Kapsel, in welcher nur noch inselförmige Reste von Nervenfasern existiren. Das Rückenmark war intakt. Entgegen den bisherigen sehr bestimmten Anschauungen von Huguenin, Charcot, Vulpian, Bouchard u. A. ist es also selbst bei ausgedehnten Laesionen der vorderen zwei Drittel der Caps. int. nicht erforderlich, dass bleibende Paralyse oder Parese, Seitenstrangsklerose, Spätcontracturen etc. auftreten. Ja es braucht nicht einmal eine transitorische Hemiplegie sich einzustellen. Denn eine solche, wenn sie nur unerheblich gewesen wäre, hätte der Patient oder seine Angehörigen doch bemerken müssen, was aber nicht der Fall war. Offenbar wird daher die Accomodationsfähigkeit des Gehirns bei Laesionen der inneren Kapsel gegenwärtig unterschätzt. „Wenn ein zerstörtes motorisches Centrum durch die übrigen, intakt gebliebenen Centra ersetzt werden kann, so steht ja der Annahme nichts im Wege, dass dieselbe Compensation statthaben kann, wenn ein solches Centrum dadurch ausgeschaltet wird, dass seine Leitungsbahn zur Peripherie, im Bereich der Caps. int. unterbrochen ist; freilich müssen dabei die Bahnen zu den andern Centren intakt sein.“ Auch in der Literatur finden sich Fälle von grösseren oder kleineren Laesionen der inneren Kapsel ohne motorische Störungen (Nothnagel, Samt, Brown-Séquard). Wenn daraus auch erhellt, dass nicht jede Laesion der Caps. int. schwere Erscheinungen im Gefolge haben muss, so stehen die Fälle doch nicht im Widerspruch mit der Lehre von der cerebralen Lokalisation; denn sowohl in H.'s wie in Samt's Fall existirten in der Caps. int. noch „Bahnen, die die motorischen Willensimpulse zur Peripherie leiten konnten“.

Stintzing (München).

---





3. **Hardy, Asphyxie locale symétrique des extrémités.** Symmetrische, lokale Asphyxie der Extremitäten. (Gazette des hôpitaux, 1881, Nr. 13.)

Der 23 Jahre alte Patient erkältete sich vor 10 Tagen; sein Allgemeinbefinden ist gut. Die Hände sind kalt, dunkelblau gefärbt, ohne Gefühl für Berührung, Schmerz und Temperaturunterschiede; sie hängen schwer herab und können nicht gehoben werden, da die Extensoren gelähmt sind, ebenso der m. supinator longus. An einer ähnlichen Affektion litt derselbe Kranke im Sommer 1877; dieselbe wurde nach 16 Monate langem Bestande durch interne Medikation und den galvanischen Strom geheilt.

Es handelt sich hier um eine Krankheit, welche Maurice Raynaud unter dem obigen Namen beschrieben hat. Sie befällt junge Leute zwischen 15 und 30 Jahren, meist solche weiblichen Geschlechts. Die Ursache ist eine Erkältung. Raynaud unterscheidet drei Perioden oder Grade derselben. In der ersten Periode sind einzelne Finger oder die ganze Hand blass, starr und gefühllos (syncope locale, oder nach Hardy besser anémie locale). Dieser Zustand besteht Stunden oder Tage lang und kann sich zurückbilden. In der zweiten Periode erstreckt sich die Kälte und Erstarrung auf beide Hände oder auf beide Füsse, oder und zwar meistens auf alle vier Extremitäten. Die Temperatur der angegriffenen Theile sinkt bis auf 19°. Dieselben sind cyanotisch gefärbt, mehr oder weniger vollständig anästhetisch und der Sitz eines brennenden Schmerzes. Auch hier ist Rückbildung möglich (wie im obigen Falle). In der dritten Periode entwickeln sich Blasen mit dunkelem oder blutigem Inhalt, und die Extremitäten verfallen der Gangrän. — Die Krankheit ist nervösen Ursprungs (Lähmung der vasomotorischen Nerven). Die Behandlung besteht in der Anwendung von reizenden Einreibungen, Bädern und des konstanten Stromes. Der Kranke Hardy's hat den zweiten Grad der Krankheit, doch unterscheidet sich derselbe von dem von Raynaud entworfenen Krankheitsbilde durch die Abwesenheit jeden Schmerzes und durch die Lähmung der Muskeln. — Aus der Symmetrie der Affektion und der Lähmung des n. radialis und der von ihm innervirten Muskel schliesst Hardy, dass eine Krankheit des Centralnervensystems und zwar des Rückenmarks in der Nähe des bulbus vorliege.

Vergl. über dasselbe Thema la Gazette des hôpitaux 1878, p. 250 und p. 298. E. Bardenhewer.

---

4. **M. Charcot, Myxoedème, cachexie pachydermique ou état crétinoide.** (Gazette des hôpitaux 1881. Nr. 10.)

Im Jahre 1873 wurde von Gull diese Krankheit zuerst besprochen: on a cretinoid state in adult life in women, in the transactions of the clinical society of London. Bald folgte eine Arbeit von Ord: on myxoedema, welche 1878 in den medico-chirurgical transactions erschien, 1879 von Olive übersetzt in den archives générales de médecine. Dann veröffentlichte Ballet im Progrès médical, 1880, Nr. 30, einen von Charcot beobachteten Fall von cachexie pachydermique (myxoedème des



auteurs anglais), und in derselben und in der folgenden Nummer findet sich eine Mittheilung von Hadden: de myxoedème.

In der vorliegenden Veröffentlichung entwirft Ch. ein Bild dieser Krankheit. Dieselbe tritt vorwiegend bei Frauen auf und beginnt in den dreissiger Jahren. Ziemlich gleichmässig am ganzen Körper verbreitet, tritt ein Hautödem ein, welches beim Druck mit dem Finger keine Delle entstehen lässt, sondern hart ist und auf der Infiltration des Unterhautzellgewebes mit einer schleimartigen, gelatinösen Substanz beruht. Dasselbe erreicht einen hohen Grad und entstellt die Formen des Körpers. Die Haut hat ein blasses, wachsartiges Aussehen, ist trocken und manchmal ausgeprägt schuppig. Die Talg- und Schweissdrüsen funktioniren nicht, und die Haare fallen aus durch Atrophie der Bälge. Die Untersuchung des Herzens ergiebt keine Abnormitäten und der Harn enthält kein Eiweiss. Die sichtbaren Schleimhäute sind in derselben Weise wie die Haut verdickt und erhärtet, und in der von Ord berichteten Autopsie fand sich eine gewisse ödematöse Beschaffenheit an der Schleimhaut des ganzen Intestinaltraktus.

Die von dieser Krankheit befallenen Individuen sind hochgradig anämisch und kachektisch; ihre Körpertemperatur ist niedriger als bei Gesunden und sie klagen über Klälte. Sie sind apathisch und indolent; ihr Gedächtniss ist schwach, die anderen geistigen Funktionen sind verlangsamt; ebenso ihre Bewegungen; „sie verhalten sich ähnlich wie winterschlafende Thiere.“ — Die Krankheit entwickelt sich langsam und endet tödtlich. Milchdiät, Schwefelbäder, Massage und Aufenthalt in einem warmen Klima bewirkten nur zeitweilige Besserung. — Die Aetiologie dieser Krankheit ist vollständig unbekannt; sie wurde bislang in England, Frankreich, Italien und Spanien beobachtet.

Im Anschluss an die von ihm gegebene Beschreibung demonstrirt Ch. einen Fall von Myxoedem und darauf einen Fall von Kretinismus, welcher ausser den Symptomen dieser Krankheit die Hauptsymptome des Myxoedems oder der Chachexie pachydermique zeigt.

E. Bardenhewer.

---

5. **Dr. A. Otto** (Illenau), **Haematom der aryepiglottischen Falten.** (Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 27, H. 5 u. 6, p. 580.)

Ein Geisteskranker bringt sich bei einem Selbstmordversuch mit einem stumpfen Taschenmesser auf der rechten Seite des Halses eine Wunde bei. Die Wunde wird durch einen Verband geschlossen, eine erfolgende Nachblutung gestillt. Danach bestehen nur Schluckbeschwerden, während Stimme und Athmung sich vollkommen normal verhalten. Plötzlich tritt nach c. 17 Stunden heftigster Stridor ein und nach 3 Minuten erfolgt der Tod. Bei der Autopsie findet sich frische Verklebung (per primam) der kleinen queren Wunde, welche in der Höhe des rechten oberen Schildknorpelrandes gelegen nur Haut und Platysma durchtrennt. Letzteres sowie die Muskulatur bis auf den Kehlkopf sind blutig durchtränkt, die Membrana hyothyreoidea und Kehlkopf intakt. Ueber dem Kehlkopfeingange befinden sich 2 mächtige schwarzrothe Wülste, die sich als die teigig aufgeschwollenen aryepi-



glottischen Wülste erweisen und an beiden Seiten der unteren Zungengrundfläche schmal beginnend sich bald vereinigen und über die hintere Fläche der Giessbeckenknorpel, rechts bis auf den Ringknorpel sich erstrecken. Nach unten senden sie Ausläufer, deren rechtsseitiger in die Morgagni'sche Tasche hineinreicht, während der linke oberhalb dieser endigt. Der absteigende Wulst auf der rechten Seite bewirkt in der Höhe des falschen Stimmbandes vollständigen Verschluss des Cavum laryngis. Der Durchschnitt erweist sämmtliche Wülste als Blutergüsse in das subumcöse Zellgewebe. Nirgends ist Oedem vorhanden, der Kehlkopfraum, die Stimmbänder und die Trachea sind intakt, nur mit einer dünnen Lage blassrothen Schleimes belegt. Es handelte sich also um eine reine Haemorrhagie in die Submucosa des Kehlkopfeinganges ohne anderweitige primäre Erkrankung und ohne directes Trauma. Drei ähnliche Fälle werden aus der Litteratur citirt (Borbillier, Bogros, Pfeufer). Die Ursache war hier 1mal Schnittverletzung, 2mal haemorrhagische Diathese, der Ort der Blutung 2mal die aryepiglottische Falte (ein- und doppelseitig), 1mal der untere Kehlkopfraum. Die Quelle der Blutung waren im vorliegenden Falle jedenfalls die beiden aryepiglottischen Falten; von da aus hatte sie sich in dem lockeren submucösen Gewebe auf die glossoepiglottischen Falten, die Seitenränder des Kehldeckels und in den oberen Kehlkopfraum verbreitet. Für diese Art der Verbreitung spricht, dass der Kranke, als schon heftige Dyspnoe und Stridor bestand, noch mit kräftiger Stimme sprechen konnte. Da ein unmittelbarer causaler Zusammenhang mit der Schnittverletzung nicht nachzuweisen, eine auf haemorrhagischer Diathese beruhende Blutung in Folge von secundärer Hyperämie aber auszuschliessen war, da ferner das unversehrte Zungenbein gegen die Einwirkung einer etwa anzunehmenden stumpfen Gewalt hätte schützen müssen, endlich aber Entzündung im Kehlkopf nicht vorhanden war, blieb die Aetiologie des Falles unaufgeklärt. — Eine Differentialdiagnose zwischen acutem Glottisoedem und Haematom zu stellen, hält O. für unmöglich, beide verlaufen unter den Erscheinungen der Larynxstenose; zur laryngoskopischen Untersuchung fehlt die Zeit. Je plötzlicher aber die Todesgefahr eintritt, desto grösser ist die Wahrscheinlichkeit einer Blutung. Bezüglich der Behandlung schliesst Verf.: „Während man bei nachweislichem Glottisoedem sich immer zur Tracheotomie anschicken wird, muss man in den zweifelhaften Fällen, und da, wo man Blutung sollte diagnosticiren können, sofort zur Tubage schreiten, die allein rasch genug ausgeführt werden kann, um das Leben zu retten."

Stintzing (München).

6. **Dr. Tornwaldt** (Danzig), **Ein Fall von Tuberculose der Nasenschleimhaut.** (Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 27, H. 5 u. 6, p. 586.)

Bisher sind Fälle von Nasentuberkulose nur selten beobachtet worden, woran wohl weniger die wirkliche Seltenheit dieser Affection als der Mangel an Beachtung dieses Organs die Schuld ist. Verf. führt die einschlägigen Beobachtungen aus der Litteratur einzeln auf (Fraen-

kel, Laveran, Riedel) sowie eine derartige Mittheilung von Prof. Neumann in Königsberg und bespricht dann einen selbst beobachteten Fall. Bei einem 26jährigen hereditär belasteten phthisischen Patienten fand sich am vorderen Ende der linken unteren Nasenmuschel ein grauröthlicher Tumor von Gestalt und Grösse einer halbirten grossen Erbse, besetzt mit kleinen weisslichen Höckerchen, am Boden der linken Nasenhöhle eine kleinere ähnliche Neubildung, die Schleimhaut beider Nasenhöhlen hyperplasirt, die der linken Nasenscheidewand stellenweise ähnlich granulirt wie der Tumor, keine Geschwüre. Am Rachendach eine seichte glatte Schleimhautulceration, desgleichen Ulcerationen mit weissgrauem Belag und gezackten Rändern auf der höckerigen Schleimhautoberfläche an der hinteren Kante der Nasenscheidewand etc. Dabei bestand Phthisis laryngis et pulmon. Ein zu diagnostischem Zwecke durch die galvanokaustische Schlinge entferntes Stück des obigen Tumors wurde mikroskopisch untersucht und (von Prof Neumann und Dr. Baumgarten) als unzweifelhaft tuberkulös erkannt. „In einem von kleinen Rundzellen dicht infiltrirten Gewebe finden sich nämlich umschriebene Häufchen etwas grösserer epithelioider Zellen und inmitten derselben auch einige (freilich spärliche) unzweifelhaft Langhaus'sche Riesenzellen". Verkäsung konnte in den vorliegenden Theilen noch nicht nachgewiesen werden. „Ein Einwand gegen die Diagnose Tuberkel kann hieraus wegen der Beschränktheit des Materials jedenfalls nicht entnommen werden". Durch die Heilung der ersten Schnittfläche veranlasst, entfernte Verf. auch den Rest des grössern Tumors, sowie die Granulation an der Nasenscheidewand und die kleine Neubildung am Boden der linken Nasenhöhle galvanokaustisch. Auch diese Wunden heilten in kurzer Zeit. Gegen die Eiterabsonderung der Nase wurden Douchen mit desinficirenden und adstringirenden Flüssigkeiten, gegen die Granulationen der hintern Larynxwand Pinselungen mit starken Höllensteinlösungen erfolgreich angewandt. Das Allgemeinbefinden besserte sich nach längerem Aufenthalt in Waldgegend und reichlichem Milchgebrauch. An den alten Stellen haben sich noch keine Granulationen wieder gebildet. — Wo die Tuberkulose ihren primären Sitz gehabt hat, lässt sich nicht entscheiden. Da von Seiten der Nase die ersten subjectiven Beschwerden auftraten, ist es wohl möglich, dass diese der Ursprungsort ist „und dass von ihr aus, sei es durch den Inspirationsstrom oder durch das nach unten hin sich ergiessende Secret, sei es vermittelst der Blut- und Lymphgefässe der übrige Körper inficirt wird".

Stintzing (München).

---

7. **Dr. Franz Fischer jun.** in Pforzheim, **Zur Lehre vom Pyothorax subphrenicus.** (Deutsch. Arch. f. klin. Med. 27. Bd. 5. u. 6. Heft S. 555.)

Bei einem Patienten, der nach wiederholten Anfällen von Manie blödsinnig geworden, entwickelt sich, nachdem 2 Monate Schmerzen in der linken Brustseite bestanden, unter Fieber ein Abscess im Epigastrium. Durch Incision wird stinkender Eiter entleert, die Wunde verheilt in kurzer Zeit. 4 Monate später treten abermals Fieber und



Schmerzen in der Lebergegend bis in die Gegend der Flex. col. dextr. auf. Leberdämpfung 2 Finger breit nach unten überragend. Kein Ikterus. Exacte Untersuchung wegen der psychischen Affection des Patienten unmöglich. An der früheren Stelle entwickelt sich ein neuer Abscess, der aufbricht und galligen Eiter entleert. Nach späterer Erweiterung der Fistel in der Narkose findet man mit dem Finger „eine weite Abscesshöhle, die nach links bis an das Pericard reicht und nach rechts an der Innenseite des M. rect. abdom. hinführt und hier, sowie nach unten überall durch derbe Membranen abgeschlossen ist.“ Die physikalische Untersuchung ergibt ein niedriges eitriges Pleuraexsudat rechts, welches die Vermuthung eines Durchbruchs nach dem Mediastinalraum mit der erwähnten Abscessbildung nahe legen konnte, da der umgekehrte Weg unwahrscheinlich war. Das Fehlen von Luft im Pleurasack war durch Absackung und ventilartigen Verschluss zu erklären. Nach einer Probepunction wird die Incision in den Pleurasack gemacht, und da man auf eine gespannte Membran nahe der Thoraxwand gelangt, auch auf diese eingeschnitten, der Eiter entleert, drainagirt, und die mit der Abscessöffnung im Epigastrium nicht communicirende Höhle wiederholt mit Carbolsäure ausgespült. Der Kranke collabirt und stirbt am folgenden Tage. Bei der Section findet sich eine mit Eiter gefüllte Abscesshöhle zwischen Leber und Zwerchfell, in welche die Drainageröhre durch die Incisionen im 7. Intercostalraum und im Zwerchfell hineinragte. In der Eiterhöhle, welche das Zwerchfell nach oben, die Leber nach unten gedrängt hatte, lag ausserdem ein 10 cm langes Stück einer Haarnadel. Diese hat offenbar eine Entzündung des Peritoneums mit Eiterbildung zwischen Leber und Zwerchfell und secundär die eitrige Pleuritis angeregt. Dass eine Communication mit der Abscesshöhle im Epigastrium bestanden hat, ist wohl zweifellos, wenn dieselbe auch nicht mehr gefunden werden konnte. Ob die Haarnadel von aussen (in den vorderen Mittelfellraum) eingetreten oder verschluckt worden und vom Oesophagus oder Duodenum aus perforirt ist, ob dementsprechend der Mediastinalabscess oder der subphrenicale Abscess als das Primäre angesprochen werden kann, lässt sich nicht mehr entscheiden.

Pfuhl, der aus Leyden's Klinik einen Fall von Pyopneumothorax subphrenicus (in Folge eines perforirenden Duodenalgeschwürs) publicirt hat, hebt folgende diagnostische Merkmale hervor, die für den vorliegenden Fall aber nicht hätten verwerthet werden können. 1. Anamnese und Entwicklung der Krankheit. Beides war wegen der Geisteskrankheit unbrauchbar. 2. Verschiebung des Herzens nach links und oben. Konnte hier wegen des abgekapselten Exsudates und wegen Adhäsion des Herzbeutels an das Zwerchfell nicht zu Stande kommen. 3. Erhaltung des Vesiculärathmens unter der Clavicula. Erklärte sich hier aus der nur geringen Compression der Lunge durch das kleine, abgekapselte Exsudat. 4. Verhalten des Manometers bei der Punction. Hätte die Diagnose des pleuritischen Exsudats nur bestätigt, da das Manometer bei der Inspiration hätte fallen, bei der Exspiration aber steigen müssen. — Der vorliegende Pyothorax subphrenicus belehrt aber über andere für die Diagnose wichtige Symptome: 1. Schmerz, wenn er auf die Lebergegend localisirt wird, 2. Verdrängung des normalen Lungenschalls in der Axillar-



linie nach oben, falls nicht wie hier Complicationen vorliegen, 3. Verdrängung der Leber nach unten, 4. Ausbreitung der Entzündung auf Nachbarorgane (Leber, Darm, Pleura), 5. Auftreten von diarrhoischen blutigen Stühlen, welches in diesem Fall durch die Autopsie nicht aufgeklärt wurde, 6. entwickeln sich nach Leyden die Abscesse immer im Anschluss an eine perforative Peritonitis. Doch braucht nicht, wie Leyden meint, eine Perforation in die rechte Lunge zu erfolgen. Stintzing (München).

---

8. **Dr. Hugo Ribbert,** Privatdocent zu Bonn, **Nephritis und Albuminurie. Pathologisch anatomische Untersuchung.** (Bonn, Max Cohen und Sohn [Fr. Cohen].)

Die Veranlassung der vorliegenden Arbeit gab die Verworrenheit in der Anschauung und Classification der Nephritiden, der Mangel sorgfältiger Untersuchungen des erkrankten Glomerulus, von dem es durch Thierexperimente festgestellt ist, dass er die Quelle des im Harn auftretenden Eiweiss ist.

Ribbert beschreibt zuerst die normale Struktur des Glomerulus, dessen Schlingen äusserst kernarm sind und von einem abgeplatteten Epithel umgeben werden. Das Epithel des Glomerulus ist genetisch dasselbe als das der Harnkanäle und dringt auch zwischen die Schlingen des Glomerulus ein.

Die Glomerulonephritis besteht in Schwellung und Abstossung der Epithelien der Knäuel und der Kapseln mit mehr oder weniger erheblicher Ansammlung der Epithelien im Kapselraum. Die Gefässwände können in vielen Fällen trübe aussehen und völlig fettig entarten; eine Kernvermehrung in den Wandungen der Gefässe tritt nicht ein.

Diese eigenartige Umwandlung der Glomeruli findet sich bei allen diffusen Nephritiden: dem Morbus Brighti, der interstitiellen Nephritis, der Amyloidniere. Die anfängliche Kernwucherung macht schliesslich überall einer Kernverarmung Platz.

Bei einem Fall von Harnstauung, von venöser Stauung, Phthisis renalis in der Niere eines interkurrent gestorbenen Pastors war die Glomerulonephritis ausgebildet, die Veränderungen der übrigen Gewebsbestandtheile, Harnkanälchen und interstitielles Bindegewebe, nur gering. Durch Kochen der Niere oder durch Erhärtung in Alkohol konnte in den Bowman'schen Kapseln jedesmal ein Eiweissring fixirt werden, zum Beweise dafür, dass die Laesionen des Glomerulus zur Albuminurie geführt hatten.

Im Folgenden wird nachgewiesen, dass die Glomerulonephritis jede diffuse Nephritis einleite; die Beweise stützen sich theils auf die Untersuchung von Nieren an Scharlach oder an Verbrennung der Haut Verstorbener, theils auf Thierexperimente. Ribbert brachte Thieren solche Substanzen bei, als Phosphor, Carbolsäure, von denen es feststeht, dass sie fettige Degeneration erzeugen und fand stets als Anfangsstadium jeder Veränderung eine ausgesprochene Glomeruluser-



krankung. Im Gefolge dieser Glomerulonephritis trat Albuminurie ein, bevor die Zellen der Harnkanälchen verändert waren.

Was die Ursachen der Veränderungen des Glomerulus bei den Nephritiden anlangt, so sind sie nicht in mechanischen Cirkulationsstörungen zu suchen, da auch diese die gemeinschaftliche letzte Ursache im Gefolge haben: die Einbusse des Blutes „an ernährender Kraft". Die Nephritiden sind demgemäss keine selbstständigen Erkrankungen, sondern Symptome einer primären Erkrankung des Blutes.

Die Glomerulonephritis leitet wie gesagt jede Nephritis ein; sie kann längere Zeit für sich bestehen und, bevor es zu Veränderungen des übrigen Nierengewebes kommt, auch wieder rückgängig werden. Besteht sie länger, so hat sie parenchymatöse oder interstitielle Gewebsveränderungen zur Folge, die entweder rein oder gemischt auftreten und in ihren verschiedenen Stadien zur Vergrösserung, Verfärbung und schliesslichen Schrumpfung führen. Die Eintheilung in parenchymatöse und interstitielle Nephritiden ist demgemäss berechtigt. Beide Formen haben die Glomerulonephritis als Ausgangspunkt.

Am Schluss der Arbeit geht Ribbert auf die Ursachen der Hämoglobinurie und die Bildung der Harncylinder ein.

Durch die Kochmethode oder durch Erhärtung in Alkohol liess sich an Nieren von Kaninchen, denen durch grössere Wasserinjektionen in's Blut Hämoglobinurie erzeugt war, nachweisen, dass die Glomeruli auch für den Durchtritt von Blutkörperchen und aufgelösten Blutfarbstoffes verantwortlich zu machen sind.

Die Harncylinderbildung anlangend, schliesst Ribbert aus seinen Versuchen, dass sie ihren Ursprung dem aus dem Glomerulus transsudirten Eiweiss verdanken und durch die saure Reaktion der Zellen in den Harnkanälen hyalisirt werden.

Nussbaum.

---

9. **Prof. v. Bamberger** in Wien, **Ueber haematogene Albuminurie.** (Wien. medic. Blätter 1881. Nr. 5. u. 6.)

B. nennt die Form von Albuminurie, welche ohne nachweisbare oder degenerative Prozesse der Nieren entsteht, nicht transitorische, weil sie oft Jahre lang unverändert besteht, und weil andererseits vorübergehende Eiweissausscheidung bei Morb. Brightii vorkommt, sondern will sie analog dem hämatogenen Icterus: hämatogene Albuminurie genannt wissen. Dieser als im Zusammenhang stehend mit Blutdruck und Strömungsintensität ist gegenüber zu stellen die nephrogene Albuminurie.

Der Eiweissgehalt des Harns ist bei der hämatogenen Albuminurie stets gering. Selten über 0,1 %.

Sie kommt vor bei sonst gesunden und bei kranken Personen. Leube hat sie bei 19 unter 119 Jägern gefunden (16 %). Dennoch scheint es nicht empfehlenswerth, von einer physiologischen Albuminurie zu reden, weil die damit Behafteten nicht als absolut gesund zu betrachten sind.



Bei Begutachtungen etwa einer Lebensversicherungsgesellschaft gegenüber könnte man sich gegebenen Falls dahin äussern, dass nur eine leichte Abweichung vom Normalen vorliegt. Dann müssen aber die Erscheinungen der Schrumpfniere (gewöhnlich grösserer Eiweissgehalt, vermehrte Harnmenge, Veränderungen des specif. Gew. etc.) ausgeschlossen sein. Von Erkrankungen, welche Albuminurie erzeugen können sind zu nennen: 1. Febrile Erscheinungen (febrile Albuminurie). 2. Stauungszustände, 3. Krampfzufälle und epileptische Anfälle (ausgenommen hysterische Krämpfe), 4. chronische Krankheitszustände wie Scrophulose, Tuberculose. Verf. nimmt jetzt die Frage auf: Woher stammt diese Albuminurie?

Der Theorie Wittich's, wonach für gewöhnlich der Harn in den Malpighi'schen Knäueln eiweisshaltig secernirt werde, dass dann die Epithelien der Harnkanälchen das Eiweiss zu ihrer Ernährung daraus entnehmen, stellt B. entgegen: vom physiologischen Standpunkt aus wäre diese Bedingung der Ernährung auffallend. Nach den Erfahrungen der Pathologie spricht dagegen, dass nicht ausnahmslos Veränderungen (z. B. Verfettung) der Epithelien Albuminurie hervorrufen, dass die Erscheinung so ausserordentlich schnell eintreten und wieder verschwinden kann (bei Epilepsie). Ausserdem haben aber die Kochversuche Posner's ergeben, dass man in gesunden Nieren niemals, weder in den Malpighi'schen Knäueln noch auch in den Harnkanälchen Eiweiss findet. Die Anschauungen der Physiologie betonen, dass der Grund für die Albuminurie in den Druckverhältnissen zu suchen sei und zwar ist nach Runeberg in allen Fällen ohne anatomische Nierenveränderung der Grund für Albuminurie im beträchtlich verminderten Filtrationsdruck in den Malpighi'schen Knäueln zu finden. B. hat Versuche angestellt über die Abhängigkeit der Filtration eiweisshaltiger Flüssigkeiten vom Druck und fand dabei, „dass bei stärkerem Druck sowohl die Menge des Filtrats, als der absolute Eiweissgehalt gestiegen war". Dies spricht gegen die Richtigkeit der Runeberg'schen Annahme. Gegen diese führt B. ferner an, dass bei Stauung in der Niere Erscheinungen der Druckerhöhung in der prallen Füllung der Niere, der Sichtbarkeit der Malpighi'schen Knäuel erkennbar sind. Deshalb hält B. die hämatogene Albuminurie bedingt durch Verlangsamung der Blutströmung als Hauptfaktor; das zweite Moment liegt in den vasomotorischen Verhältnissen (vielleicht Erweiterung der Gefässe und dadurch erzeugte Verlangsamung der Strömung). Dieses letzte wird namentlich bei der febrilen Albuminurie statthaben. Eine weitere Möglichkeit für die Albuminurie könnte in chemischen Veränderungen der Eiweisskörper im Blute existiren.

Finkler.



10. **Donath, Physiologische und physiologisch-chemische Wirkungen des Chinolins.** (Berichte d. Deutsch. Chem. Gesellsch. Berlin 1881. 14. Jahrg. S. 178—187.)

Wird Chinin oder Cinchonin mit Alkalien destillirt, so bildet sich Chinolin. Verf. benutzte das salzsaure Salz desselben zu Versuchen über die antipyretische und antiseptische Kraft des Chinolin. Das Salz zerfliesst rasch an der Luft, ist in starkem Alkohol ziemlich leicht, in Aether unlöslich. Wässerige Lösungen derselben reagirten auch dann noch stark sauer, wenn nach Zusatz von verdünntem Alkali schon ein Theil des Chinolin ausgefallen ist. Verf. fand, dass die Borsäure mit dem Chinolin ein schwerer lösliches, also für die praktische Verwendung dienlicheres Salz mit dem Chinolin bildet; wegen der antiseptischen Eigenschaften, die die Borsäure an sich hat, konnte Verf. das mit derselben gebildete Salz nicht direkt zu seinen Versuchen benutzen. Die mit dem salzsauren Chinolin erhaltenen Resultate sind:

1. Körpertemperatur beim gesunden Thier. Ein Kaninchen (Anfangstemperatur: 39,0) erhielt 0,24 salzsaures Chinolin in fünffacher Menge Wasser subcutan. Es trat gleich darauf starker Temperaturabfall ein, eine Stunde nach der Injektion betrug dieselbe 38,0, hielt sich 2 Stunden lang auf derselben Höhe und stieg dann wieder an um nach 9 Stunden wieder auf 39,3° zu gelangen. Bei einem zweiten, gleichmässig angestellten Versuch betrug der Temperaturabfall 1,2°. Nach Injektion von 0,36 Chinolinsalz war binnen $^5/_4$ Stunden ein Abfall von 1,5° erreicht. Die letztere Dosis wirkte übrigens bereits toxisch, das Thier athmete mühsam, die hinteren Extremitäten zitterten konvulsivisch; am nächsten Tage war der Zustand wieder normal. Die Athemfrequenz ging bei der geringeren Dosis der Temperatur nahezu parallel, bei der höheren blieb sie beträchtlich verlangsamt.

2. Versuche den Einfluss auf Fäulniss und Gährung betreffend. 100 ccm sauer reagirender Menschenharn mit 0,20 salzsaurem Chinolin versetzt, offen an einen warmen Ort gestellt. Derselbe war nach 56 Tagen noch klar, gelb, sauer, roch nach Chinolin und zeigte keine Spur von Fäulniss, während eine chinolinfreie Controlprobe nach 10 Tagen bereits faulte.

Die Milchsäuregährung war nach 13, beziehentlich 16 Tagen in der Weise durch das Chinolin beeinflusst worden, dass die Controlpräparate 6 beziehentlich 8 mal mehr Säure gebildet hatten wie die mit Chinolin versetzten. Dagegen läuft die Alkoholgährung des Traubenzuckers selbst in 2prozentiger Chinolinlösung fast ganz ungestört ab.

Leimlösung mit 0,2 Chinolinsalz auf 100 ccm versetzt reagirte nach 57 Tagen noch sauer, war an der Oberfläche von Pilzvegetationen etwas getrübt, zeigte aber keine Spur von Fäulniss. Eine Controlprobe war nach 21 Tagen faulig.

Blut mit 0,2 Chinolinsalz auf 50 ccm versetzt zeigte, an einem warmen Ort aufbewahrt, noch nach 28 Tagen keine Spur von Fäulniss. Lässt man 50 ccm frisches Blut in dasselbe Volum 2prozentiger Chinolinlösung fliessen, so bleibt auch die Gerinnung vollständig aus. So behandeltes Blut bei Zimmertemperatur offen hingestellt, war nach 21 Tagen noch vollkommen flüssig, die Blutkörperchen hatten sich gesenkt.

Milch mit 0,4 salzsaurem Chinolin auf 100 ccm versetzt war erst nach 16 Tagen, die Controlmilch schon nach 3 Tagen geronnen.

Eiweiss, stark verdünnt, so dass beim Kochen keine Trübung mehr auftrat, wurde trübe nach Zusatz von wenig Milligramm Chinolinsalz. „Offenbar geht das Alkaloid mit dem Eiweiss eine Verbindnng ein, die schon bei tieferer Temperatur coagulirt.“ Verf. kommt zu dem Schluss, dass bei so zahlreichen Analogieen zwischen Chinolin und Chinin das Chinolin sich als antiseptisches Mittel bewähren werde.

Schulz.

11. **L. Lewin, Untersuchungen über Wirkung und Verhalten des Tannins im Thierkörper.** (Virch. Archiv Bd. 81. 43 Seiten.)

Lewin hat das Tannin in Beziehung auf sein Verhalten im Organismus einer gründlichen Prüfung unterworfen. Die Einzelheiten seiner Arbeit sind im Original nachzusehen, hier nur seine wesentlichsten Befunde:

Die mit Tannin erhaltenen Niederschläge aus Eiweiss oder Leimlösung sind in Wasser unlöslich, löslich dagegen in mässig concentrirter Essigsäure, in einem Ueberschuss von Eiweiss oder Leimlösung (die resultirende Lösung reagirt schwach sauer), ferner in verdünnter Milchsäure und in kohlensauren und Aetzalkalien.

Mit Alkali bis zur schwach alkalischen Reaction versetzt, verliert das Tannin seine Fähigkeit, Leim und Eiweiss zu coaguliren. Das aus dieser Behandlung von Tannin mit Alkali resultirende Alkalitannat wirkt nicht mehr sichtbar auf Eiweis ein, erregt jedoch im Munde denselben zusammenziehenden Geschmack wie die Adstringentien überhaupt.

Setzt man zu einer Pepsinlösung Tannin hinzu, so entsteht ein Niederschlag, der schon bei Zusatz von 0,1 procentiger Salzsäure sich leicht löst. War die Pepsinlösung schon vorher angesäuert mit einer Salzsäure, die der im Magen vorhandenen gleichwerthig war, so erfolgte durch Tannin überhaupt keine Fällung.

Fibrin oder Eiweiss, mit 5—10 % Tanninlösung, Salzsäure und Pepsin versetzt, wurde in normaler Weise peptonisirt, dasselbe geschah, wenn Tanninalbuminat mit Salzsäure und Pepsin behandelt wurde. Der Einwand, dass sich während des Verdauungsvorganges das Tannin zu Gallussäure und Zucker zerlegt habe, wurde dadurch beseitigt, dass das Filtrat von einer verdauten Tanninalbuminatlösung Eiweisslösung stark fällte, sowie, dass aus demselben Filtrat wieder Salzsäure dargestellt werden konnte. Tannin, dessen Zuckergehalt vorher bestimmt war, wurde 2 Tage lang mit 0,1 % Salzsäure behandelt bei 40° C., eine Zunahme des Zuckergehaltes wurde danach nicht constatirt. Aus all diesem kommt L. zu dem Schluss, „dass die künstliche Eiweissverdauung unter dem Einfluss des Tannins normal verläuft, dass seitens dieser Substanz weder eine Behinderung der Peptonbildung noch eine Alteration des bereits gebildeten Pepsins stattfindet, dass auch vorhandenes Pepsin nicht gefällt wird und dass dieses Verhalten auf das Vorhandensein freier Salzsäure zurückzuführen ist.“

Wird Blut mit einigen Tropfen Tanninlösung versetzt, so entsteht zuerst ein Niederschlag, der aber beim Umschütteln des Blutes



verschwindet. Die Reaction des Blutes ist jetzt alkalisch. Setzt man weiter Tanninlösung zu, so verschwindet der Niederschlag auch beim Umschütteln nicht mehr von dem Momente an, wo die Blutreaction sauer wird. Ebenso verhält sich Lymphe. Eine Erklärung findet dieses Verhalten in der Löslichkeit des Tanninalbuminats in kohlensauren Alkalien. Die Farbe des Blutes wird um so heller, je mehr Tanninlösung zugesetzt wird, schliesslich, wenn dauernd Tanninalbuminat vorhanden ist, ist sie hellscharlachroth. Spectroscopich zeigt das Blut den Absorptionsstreifen des sauren Hämatins. Selbst nach längerem Stehen bei 40° lässt sich aus einer Mischung von Blut und Tannin das letztere wieder darstellen.

Tanninlösung im Ueberschuss zu fauligem Blut oder Eiweiss hinzugesetzt, lässt schon nach wenig Minuten den schlechten Geruch verschwinden, die Mischung hält sich im offenen Gefässe wochenlang unverändert. In dem durch das Tannin gebildeten Niederschlag, der übrigens die gleiche Haltbarkeit besitzt wie die darüber stehende Flüssigkeit, lassen sich bewegungslose Bacterien nachweisen. Diese fäulnisswidrige Kraft des Tannins beruht nach L. darin, dass das in Zersetzung begriffene, gelöste Eiweiss gefällt wird und die Fäulnissorganismen theils durch Wasserentziehung (durch das Tannin) zu Grunde gehen, theils durch den Eiweissniederschlag mit gefällt werden. Die Desodorisirung kommt wahrscheinlich durch die Bindung der Fäulnissgase (Ammoniak) seitens des Tannin zu Stande.

Die quergestreiften Muskel (Gastrocnemius) wurden nach subcutaner Application einer 10% Lösung von Tannin unter die Rückenhaut so afficirt, dass die primäre Dehnung ebenso wie auch die gesammte Nachdehnung solcher Muskel absolut geringer wurde wie diejenige gleich grosser Muskel vom normalen Thier, während nach Aufhebung der Belastung die Tanninmuskel ihrer ursprünglichen Länge näher kommen als die normalen. Die Ursache dieser Erscheinung liegt nach L. erstens in der energischen wasserentziehenden Kraft, die das Alkalitannat wie auch das Tannin besitzen, zweitens aber in der Eigenschaft basischer Tanninlösungen, begierig Sauerstoff aufzunehmen. Danach musste also der Muskel nach dem Einfluss des Tannin im Zustande des Sauerstoffhungers sich befinden, und aus weitern Versuchen ergab sich in der That, dass Froschmuskel, denen für einige Stunden die Blutzufuhr durch Unterbindung der zuführenden Gefässe genommen war, sich den Muskeln von mit Tannin behandelten Thieren ganz analog verhielten.

Die von anderer Seite aufgestellte Annahme einer gefässerweiternden Kraft theilt L. nicht, er nimmt die an der Froschzunge und dem Froschmesenterium beobachteten Erscheinungen als durch das Eintreten einer Stase nach Tannineinfluss bedingt an. Eine Alteration der Nervenleitung geht erst bei directer Berührung des Nerven mit Tannin vor sich und auch dann nur langsam.

In Bezug auf sein Verhalten im Magen und bei der Resorption ergab sich L. aus seinen Versuchen, dass nach Einfuhr von Tannin in den Magen die in salzsaurer Lösung befindlichen, peptonisirten Eiweisskörper gar nicht verändert werden, wohl aber die noch unveränderten sowie die durch die Magensäure zu Acidalbuminat umgesetzten. Beide werden, wenn kein Ueberschuss von gelöstem Eiweiss oder von



Milchsäure vorhanden ist, in Tanninalbuminat übergeführt. Letzteres aber unterliegt hinsichtlich seines Eiweissantheils einer regulären Verdauung, das Tannin bleibt in Lösung und kann resorbirt werden. Das Alkali der Lymphe und des Blutes ermöglicht die Resorption des Tannins durch die Bildung löslichen Alkalitannats.

Hinsichtlich der endlichen Ausscheidung fand L., dass nicht sämmtliches Tannin im Organismus zu Eiweiss nicht mehr fällenden Körpern oxydirt wird. Es gelang ihm vielmehr der Nachweis, dass ein Theil des eingeführten Tannins als Alkalitannat zur Ausscheidung gelangt und durch Umsetzung, entweder sogleich bei der Elimination aus dem Blute, oder erst im Harne selbst, vielleicht unter dem Einfluss des sauren phosphorsauren Natrons wieder zu Tannin wird.

Von Schleimhäuten und Wundflächen aus wird das Tannin resorbirt, ebenso auch, wenn wiederholt in Lösung aufgepinselt, von der unverletzten Epidermis.

Auf die Secretion des Harns wirkte Tannin quantitativ vermindernd ein. Auch die Muskulatur der Harnblase scheint afficirt zu werden, L. fand nämlich, dass mit Tannin gefütterte Kaninchen den Harn 5—6 Tage lang in der Blase zurückhielten. Die weiteren Einwirkungen des Tannin: Verkleinerung des Milzumfangs, Aufheben von Hypersecretionen der verschiedenen Schleimhäute erklären sich nach L. sämmtlich dadurch, dass das im Organismus kreisende Tannin überall seine specifische Kraft zu entfalten vermag, zumal auf die musculären Elemente, auch die der Gefässwände.

Schliesslich schlägt L. vor, um die unangenehmen Nebenerscheinungen, die das Tannin nach seiner Aufnahme als solches hervorrufen kann, zu vermeiden, zugleich auch um die Tanninmedication längere Zeit fortsetzen zu können, die Substanz als gelöstes Tanninalbuminat oder als Alkalitannat zu geben. Schulz.

---

**12. M. Bochefontaine, Nouveau mode d'emploi de l'acide salicylique.**
Neue Anwendungsart der Salicylsäure. (Lyon médical No. 17.)

B. empfiehlt eine neue Anwendung der Salicylsäure; diejenigen Kranken, welche das salicylsaure Natron nicht vertragen oder verweigern, erhalten auf die schmerzhaften Gelenke Compressen, die in eine 5 %ige Lösung von Natr. salicyl. getaucht sind; die Lösung wird vorher mit einigen Tropfen Ammoniak neutralisirt. B. beobachtete in kurzer Zeit beträchtliche Abnahme der Schmerzen; einer der Kranken konnte schon in weniger als einer halben Stunde kleine Bewegungen machen. Die Compressen brachten keine besondere Irritation der Haut hervor, nur eine leichte Abschilferung. Das Natr. salicyl. wurde ziemlich schnell resorbirt, denn man konnte schon nach 12—15 Stunden seine Anwesenheit im Urin nachweisen.

Velten (Antwerpen).

---

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.



Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen nebst Titel und Register.

# Centralblatt
für
# KLINISCHE MEDICIN.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigirt von

**Dr. H. Rühle**, Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn. und **Dr. D. Finkler**, Privatdocent und Assistent an der medicin. Klinik in Bonn.

**1881. 25. Februar. Nro. 49.**

**Inhalt.** Original: **P. zur Nieden**, Balantidium coli bei einem Falle von Carcinoma recti. — Referate: 1. **v. Pettenkofer**, Ueber Cholera und deren Beziehung zur parasitären Lehre. — 2. **Credé**, Die Verhütung der Augenentzündung der Neugeborenen. — 3. **Gold**, Zur Kenntniss der Milzsyphilis. — 4. **Greuzer**, Scarlatina in puerperio, complicirt durch Polyarthritis rheumatica acuta. Genesung. — 5. **Förster**, Mittheilungen über die im neuen Dresdener Kinderhospitale in den ersten beiden Jahren nach seiner Eröffnung zur Beobachtung gekommenen Lähmungen: I. Cerebrale Lähmungen. II. Multiple Herdsklerose. III. Spastische Paralysen. IV. Spinale Kinderlähmung. V. Myelitis. VI. Druckmyelitis und Brown-Sequard'sche Lähmung. VII. Meningitis spinalis traumatica. VIII. Hysterische Lähmung. IX. Diphtheritische Lähmung. — 6. **Leppmann**, Ueber die sogeannnten Ueberbürdungspsychosen bei Schülern höherer Lehranstalten. — 7. **Gottstein**, Ueber die verschiedenen Formen der Rhinitis und deren Behandlung vermittelst der Tamponade. — 8. **Bierhoff**, Beiträge zu den Krankheiten des Wurmfortsatzes. — 9. **Lang**, Ueber Behandlung der Psoriasis. — 10. **Kane**, Chloral-Hydrate.

## Balantidium coli bei einem Falle von Carcinoma recti.

Von

**P. zur Nieden,**

Assistenzarzt an der medic. Klinik zu Freiburg i. B.

Das zuerst von Malmsten[1]) in Stockholm in menschlichen Darmausleerungen gefundene Infusorium ist bis jetzt in Deutschland noch nicht beim Menschen nachgewiesen worden, was bei dem, wie es scheint, häufigen Vorkommen des Parasiten beim Schweine auffallend und vielleicht durch die Seltenheit, mit der mikroskopische Untersuchungen der Stühle vorgenommen werden, erklärbar ist. Dass es auch anderwärts als in Skandinavien und den russischen Ostseeprovinzen beim Menschen vorkommt, lehren die Beobachtungen von Treille[2]), der es bei tropischer Ruhr auf dem Aviso Volta in den chinesischen Gewässern fand, sowie eine auf der hiesigen medicinischen Klinik im Sommer 1879 und endlich ganz neuerdings eine von Dr. B. Graziadei[3]) in der Klinik zu Turin gemachte Beobachtung.

1) Virchow's Archiv. Bd. 12. 1857, S. 302.
2) Arch. de méd. navale. 24. p. 129. (Virch.-Hirsch Jhrb. 1875. Bd. I. S. 425.)
3) Gazetta delle Cliniche di Torino. Nr. 39. 1880.

Es ist damit das Vorkommen von Balantidium beim Menschen auch in Mittel- und Südeuropa nachgewiesen.

Eine kurze Mittheilung der hier gemachten Beobachtung dürfte daher von Interesse sein.

Im Juni 1879 wurde in die hiesige medicinische Klinik des Herrn Prof. Bäumler eine 27 Jahre alte Frau aufgenommen, welche angab, seit drei Jahren nach ihrer zweiten Entbindung ohne bekannte Ursache an kontinuirlichen Durchfällen zu leiden. Tenesmus oder Schmerzen im After bei der Defäcation sollen niemals vorhanden gewesen sein. Vor vier Monaten habe sich zum ersten Male Blut im Stuhle gezeigt, seitdem häufiger, und seit etwa fünf Wochen seien kolikartige Schmerzen im Unterleib aufgetreten. Den in letzter Zeit sich häufenden diarrhoischen Stühlen waren seit einigen Monaten oft harte Scybala beigemischt.

Die Untersuchung bei der zwar sehr anaemischen aber sonst in ihrer Allgemeinernährung noch nicht sehr erheblich reducirten Frau ergab als hauptsächlichen Befund ein Carcinom des Rectum, dessen theilweise zu tiefen, kraterförmigen Geschwüren ulcerirte Wucherungen so hoch hinaufreichten, dass besonders an der vorderen Darmwand der Finger die obere Grenze nicht mehr erreichen konnte. Die Neubildung wurde daher als einer Operation nicht mehr zugänglich angesehen.

Die Faeces verbreiteten einen furchtbaren, aashaften Geruch, sie enthielten viel Blut, Schleim und fetzige Massen. Unter dem Mikroskope fanden sich reichliche rothe Blutkörperchen, Eiterzellen, Cylinderepithelien, Stabbacterien und Balatandium in grosser Zahl, letztere besonders innerhalb der Schleimmassen.

Die Gestalt dieser Thiere war eirund, seltner mehr länglich rund; an dem wenig zugespitzten Vorderende befand sich etwas excentrisch nach der unteren Fläche zu die Mundöffnung. Im Inneren des Körpers konnte man ein oder zwei kontraktile Vacuolen und meist auch ein ovales kernartiges Gebilde nachweisen.

Sie bewegten sich vermittelst der die ganze Körperoberfläche bedeckenden, schwingenden Cilien sehr lebhaft theils in gerader Linie, theils in Drehbewegungen um die Längsaxe oder um eine Queraxe.

Ein Vergleich mit den Beschreibungen resp. Abbildungen von Lovén (Malmsten)[1], Leuckart[2]) und Heller[3]) setzten ausser Zweifel, dass hier ein Fall von Balantidium (Paramaecium, Malmsten) coli beim Menschen vorlag.

Unter dem mittelst Wachsrandes verkitteten Deckgläschen hielten sich die Parasiten bei ca. 20° C. Lufttemperatur bis zu 15 Stunden lebend; dagegen wurden sie in den in leicht bedeckten Gefässen gleichzeitig aufbewahrten Faeces nur längstens bis zu 8 Stunden lebend angetroffen. Dies Verhalten entspricht den Beobachtungen von Treille[4]), welcher das Balantidium noch $6^1/_2$ Stunden nach Entleerung der Dejecte

1) l. c.

2) R. Leuckart, Die Parasiten des Menschen. 2. Aufl. 1879. Bd. I. pag. 321.

3) v. Ziemssen's Handb. d. spec. Pathol. u. Ther. 2. Aufl. 1878. Bd. VII. 2. pag. 593.

4) l. c.



nachweisen konnte, während Malmsten die Untersuchung unmittelbar nach Absetzung der Darmausleerung für nöthig gefunden hatte. Die Körper quellen nämlich nach dem Tode rasch auf und werden bald unsichtbar.

Alle Versuche, die Infusorien in verschiedenartigen Nährflüssigkeiten, auch in dem ursprünglichen Menstruum, zu züchten, misslangen sowohl bei gewöhnlicher als bei Bluttemperatur.

Bei einigen auf dem mikroskopischen Objektträger vorgenommenen Versuchen über die Einwirkung antiseptischer Stoffe auf diese Thiere zeigte sich, dass eine dem Präparate an Volum annähernd gleiche Quantität einer 2 % Carbollösung in wenigen Augenblicken den Tod der Organismen herbeiführte, eine Chininlösung wirkte ähnlich, gesättigte mässige Lösung der Salicylsäure schien dagegen ganz wirkungslos zu sein.

Ausser anderen therapeutischen Massnahmen wurden auch Einläufe mit ½ % Carbollösung angewendet, da der Gedanke nahe lag, dass der die Kranke so belästigende und schwächende Darmkatarrh zum Theil durch die Anwesenheit dieser Parasiten verursacht wurde, es wurden damit ja auch die schon im Colon descendens äusserlich fühlbaren harten Kothballen aufgeweicht.

Während der nur achttägigen Beobachtungszeit im Spitale minderte sich auch hierauf die Zahl der Durchfälle etwas, eine Abnahme in der Menge der Parasiten konnte aber nicht beobachtet werden.

Das Balantidium coli kommt nach Leuckart beim Schweine als regelmässiger Bewohner des Dickdarmes vor, es wurde daher auch die Anamnese auf eine daher stammende Infection gerichtet. Nach Angabe der Patientin und ihrer Angehörigen soll aus lokalen Gründen eine Infection auf dem Wege des Trinkwassers nicht wahrscheinlich gewesen sein. Dagegen war Patientin beim Reinigen von Schweinedärmen behufs Herstellung von Würsten oftmals thätig und sie hielt es für möglich, dass sie dabei mit unreinen Händen oder Schürzen den Mund berührt und so sich inficirt habe.

---

1. **Max von Pettenkofer, Ueber Cholera und deren Beziehung zur parasitären Lehre.** Vortrag gehalten im Aerztlichen Verein München. (Aerztliches Intelligenzblatt 1881. No. 4, 5.)

Pettenkofer hat im Jahre 1854 mit Vorträgen über Cholera-Ätiologie im Münchener ärztlichen Verein debütirt und schliesst nun nach 26 Jahren mit diesem Thema, jüngeren Kräften die Fortsetzung empfehlend. In diesem Vortrage wirft P. einen Blick auf die jüngst abgeschlossene Arbeit der Cholera-Commission für das Deutsche Reich, welche aus P., Hirsch, Böger (†), Mehlhausen, Günther, Volz bestand. Unter den Abhandlungen der Commission befindet sich zwar keine einzige mykologischen Inhalts, aber alle erhobenen Thatsachen sprechen dafür, dass die Mitwirkung niedrigster Organismen bei der Entstehung von Cholera-Epidemien anzunehmen sei. Die alte Streitfrage, ob die Cholera zu den contagiösen Krankheiten oder zu den miasmatischen (deren Infectionsstoffe ektogen, ausserhalb des Organismus sich ver-

mehren) gehöre, erscheint P. nunmehr beinahe gelöst und durch die Commission wiederum bestätigt zu sein, dass jene Krankheit wie in ihrer Heimat, in Indien, so auch bei uns von ausserhalb des Organismus gelegenen, von örtlichen und zeitlichen Verhältnissen abhängt. Nach P. wird die Cholera niemals von Person zu Person übertragen. Er räumt die Möglichkeiten ein, dass, wie u. A. Hirsch supponirt, von dem Kranken ein Infektionsstoff ausgehe, welcher aber erst unter gewissen Bedingungen ausserhalb des Organismus reife und sich vermehre und dann neue Krankheitsfälle hervorrufe. Für wahrscheinlicher aber hält der Verf. es, dass der Infectionsstoff nur der Localität entstamme, von welcher er (unabhängig von Kranken) verschleppt werde, und, wo die örtlichen Bedingungen gegeben sind, unter der Mitwirkung derselben die Entstehung neuen Choleragiftes veranlasse.

Nägeli's Hypothese ist von beiden angeführten verschieden, insofern nach dieser der dem Kranken entstammende Infectionsstoff (Spaltpilz) auf contagiösem Wege übertragen wird, doch nur dann Cholera erzeugt, wenn der Inficirte unter dem Einflusse gewisser localer Verhältnisse stand, d. i. durch Aufnahme von miasmatischen Pilzen disponirt war.

P. führt aus, dass durch die Berichte von Hirsch, Günther, Mehlhausen der wesentliche Einfluss der Choleralocalität wieder bestätigt werde. Auch aus den Schlusssätzen, zu welchen Volz, der den örtlichen Verhältnissen eine so entscheidende Bedeutung nicht beilegt, gelangt, lassen sich nach P. mehr Argumente für die Localisten als für die Contagionisten entnehmen. In demselben Sinne sprächen die Erfahrungen von Pistor über die Verbreitung der Cholera im Regierungsbezirk Oppeln. Dass durch das Trinkwasser die Seuche verbreitet werde, hat sich durch die Beobachtungen aus den Jahren 1873/74 wiederum in keinem Falle beweisen lassen.

Die nächsten Untersuchungen müssen sich nun auf das locale Substrat beziehen, und nach P. ist die Lösung der hier sich ergebenden Fragen nur im Zusammenhang mit der parasitären Lehre denkbar. Die bisherige Pilzforschung hat aber die localen Bedingungen der Cholera-Epidemien noch kaum in Betracht gezogen. P. weist darauf hin, dass er sich den Choleraprocess immer vom parasitären Standpunkte aus vorgestellt habe, und citirt Stellen aus einigen seiner Arbeiten vom Jahre 1869, welche zeigen, dass er sich den verschleppbaren Cholerakeim (x) als Pilz, das locale Substrat (y) dagegen und das durch die gegenseitige Beeinflussung von x und y entstandene Gift (Choleragift, z) als nicht organisirt gedacht; er macht auf die Kürze des Incubationsstadiums aufmerksam, welches durchschnittlich nicht länger andauert, als nach einer putriden Intoxication, welche ebenfalls durch ein unter dem Einflusse von Organismen (Fäulnisspilzen) entstandenes, nicht organisirtes Product hervorgerufen wird. Der verschleppbare Cholerakeim erzeuge dann das Krankheitsgift, wenn er ein Substrat y vorfinde, welches vom Boden stamme und ihm gleichsam als Nährlösung oder als Wirth diene, und welches entweder schon im Menschen selbst oder — was wahrscheinlicher sei — im Boden oder aus diesem in den daraufstehenden Wohnräumen oder an darin befindlichen Gegenständen hafte. P. „ist stets nur gegen die nach seiner Ueberzeugung



falsche Lehre der einfachen Contagion aufgetreten und hat den localen Momenten ihren Platz in den epidemiologischen Vorstellungen zu erringen getrachtet, und dadurch auch der experimentellen Pilzforschung, an der er sich persönlich nicht betheiligen könne, erfolgreiche Zielpunkte zu geben versucht". Wolffberg.

---

2. **Credé, Die Verhütung der Augenentzündung der Neugeborenen.** (Archiv für Gynäkologie Bd. XVII. Heft I.)

Wohl von den meisten Geburtshelfern wird Verf.'s Ansicht getheilt werden, dass die so überaus häufig vorkommenden Katarrhe und Entzündungen der Vagina auf gonorrhoischer Infection beruhen und dass die Ansteckungsfähigkeit des Secretes noch fortbesteht, nachdem lange die specifisch gonorrhoischen Erscheinungen verschwunden sind, ja dass in Fällen, wo fast kein Secret mehr gefunden wird, doch noch die erfolgte Ansteckung in der Mutterscheide stattgefunden hat, wenn in den ersten Tagen nach der Geburt eine Augenentzündung sich entwickelt.

Eine Uebertragung des Infectionsstoffes von einem anderen augenkranken Kinde sei für die Leipziger Entbindungsanstallt völlig auszuschliessen, da jedes inficirte augenkranke Kind mit seiner Mutter auf die Krankenstation verlegt wird, welche von der Station der Wöchnerinnen nach allen Richtungen hin vollständig getrennt ist. Auch können die Wöchnerinnen die Kinder mittelst ihrer Finger, welche etwa durch Lochialsecret verunreinigt wären, kaum inficiren, weil die Kinder stets von den Müttern so weit entfernt in ihren Bettchen liegen, dass die Mütter sie nicht erreichen können und nur dann mit den Kindern in Berührung kommen, wenn diese ihnen von den Wärterinnen an die Brust gelegt werden.

Somit ist Verf. nach seinen Beobachtungen und Einrichtungen der Ueberzeugung, dass fast ohne Ausnahme die in der dortigen Anstalt erkrankten Kinder nur durch eine directe Uebertragung des Vaginalsecretes in das Auge während des Geburtsactes inficirt werden. Die Erkrankung des inficirten Auges beginnt in der Regel etwa zwei bis drei Tage nach der Geburt, aber auch früher und später, je früher, desto intensiver.

Verf. habe sich nun schon seit längerer Zeit die gewiss lohnende Aufgabe gestellt, die Mittel und Wege zu finden, wie man die für so viele Augen verderbliche Krankheit verhüten, wie man am besten dem ansteckenden Secrete beikommen könne.

Verf.'s erste Bemühungen erstrecken sich auf eine möglichst ausgedehnte und zweckmässige Behandlung und Reinigung der kranken Vagina der Schwangeren und Gebärenden. Die Resultate waren jedoch nicht befriedigend; die Zahl der Erkrankungen der Augen nahm zwar ab, aber sie verschwanden nicht. Darauf begann Verf. die Desinfection der Kinderaugen selbst und fortan wurden die Erfolge überraschend günstig.

Zuerst wurden bei allen mit Gonorrhoe oder chronischem Vaginalkatarrh in die Anstalt kommenden Schwangeren und Gebärenden reinigende Ausspülungen der Vagina mittels lauwarmen Wassers oder leichter Carbol- oder Salicylsäurelösungen (2 : 100) möchlichst häufig,



bei Gebärenden jede halbe Stunde gemacht. Die Erkrankungen der Augen wurden seltener, hörten aber nicht auf, ja verliefen in einigen Fällen noch hartnäckig und bösartig.

Im October 1879 machte Verf. den ersten Versuch mit prophylaktischen Einträufelungen in die Augen der Neugeborenen gleich nach der Geburt und bediente sich einer Lösung von Borax (1 : 60), weil Verf. dieses für das mildeste, wenigst ätzende hielt. Es geschah dies aber zunächst nur bei Kindern von kranken Müttern, bei denen gleichzeitig die oben angeführten Ausspülungen der Scheide während der Geburt gemacht worden waren. Auch diese Methode führte nicht zum gewünschten Ziele, und nahm V. vom December 1879 statt des Borax Lösungen von Argentum nitricum (1 : 40), welche bald nach der Geburt in die Augen eingespritzt wurden. Vor der Einspritzung wurden die Augen mit einer Lösung von Salicylsäure (2 : 100) sorgfältig gewaschen. Die so behandelten Kinder kranker Mütter blieben gesund, indess andere Kinder, welche selbst und ebenso ihre Mütter, weil Verf. letztere für nicht erkrankt hielten, nicht prophylaktisch behandelt worden waren, erkrankten immer noch, zwei ziemlich heftig.

Vom 1. Juni 1880 an wurden nun alle Augen ohne Ausnahme gleich nach der Geburt desinficirt und zwar in der Weise, dass eine schwächere Lösung von Argentum nitricum (1 : 50) gewählt, auch die Flüssigkeit nicht eingespritzt, sondern nur mittelst eines Glasstäbchens in jedes durch einen Gehülfen sanft geöffnete, vorher mit gewöhnlichem Wasser gereinigte Auge ein einziger Tropfen Flüssigkeit eingeträufelt wurde. Dann wurden die Augen 24 Stunden lang mit in Salicylwasser (2 : 100) getränkten Leinwandläppchen gekühlt. Die zahlreichen Vaginaldouchen wurden dagegen gänzlich aufgegeben und kamen nur aus anderen Gründen, die ganz unabhängig von den Vaginalkatarrhen waren, zur Anwendung. Sämmtliche so behandelte Kinder sind von Augenentzündungen, selbst leichtesten Grades, verschont geblieben, obwohl manche der Mütter hochgradige Scheidenblenorrhoën und trachomatöse Wucherungen zeigten. Nur ein Kind (Jahresnummer 339) erkrankte am sechsten Tage an einer mässigen Entzündung der Conjunctiva des linken Auges, ohne Schwellung des Augenlides, welche nach drei Tagen wieder geheilt war, und stellte sich heraus, dass bei diesem Kinde im Drange der Geschäfte zufällig die prophylaktische Einträufelung nicht gemacht worden war.

Irgend einen Nachtheil für die so behandelten Augen hat Verf. bis jetzt nicht beobachtet. Nicht selten folgt der Einträufelung eine geringe Hyperaemie, ab und zu auch eine etwas verstärkte Secretion der Conjunctiva in den ersten 24 Stunden. Dann verschwinden auch diese Erscheinungen. Vielleicht sind sie zu vermeiden, wenn die weiteren Versuche ergeben sollten, dass eine schwächere Lösung des Argentum nitricum genügt.

Das Verfahren ist demnach sehr einfach, überall von einigermassen geschickten Händen leicht auszuführen, ganz gefahrlos und, wie es scheint, zuverlässig in der Wirkung.

Den Hauptwerth möchte Verf. in die Erfahrung legen, dass nicht die Desinfection der Vagina, sondern nur die der Augen selbst zum gewünschten Ziele führt. **Kocks.**

---

3. **Dr. L. Gold** (Odessa), **Zur Kenntniss der Milzsyphilis.** (Vierteljahrschr. f. Dermat. u. Syph. 1880. 4. Heft. S. 463.)

Die Milz von Leichen syphilitisch gewesener Individuen zeigt häufig pathologische Veränderungen, welche jedoch meistens für Syphilis nicht charakteristisch sind. G. führt nach Aufzählung der betreffenden Litteratur tabellarisch 10 Fälle auf, von denen 9 Milzbefunde (Vergrösserung, amyloide degenerative Verdickungen der Kapsel, Schwielen derselben) darboten, welche auch aus anderen Ursachen als Syphilis beobachtet werden. Gummata der Milz dagegen sind sehr selten. Die bezüglichen Mittheilungen aus der Litteratur werden berichtet und ein Fall von Gumma der Milz aus dem Rudolfspital genauer beschrieben. Die Leiche stammt von einer 45jährigen Frau, welche seit 17 Jahren an Syphilis gelitten hatte und an Tuberculosis pulmonum und Strictura ani gestorben war. Das Gumma am oberen Ende der Milz nahe dem hilus bildete eine wallnussgrosse harte und unregelmässig geformte Geschwulst, die aus mehreren mit einander verschmolzenen Knoten entstanden, hauptsächlich aus Narbengewebe bestand, in dem käsige Herde eingestreut waren. Die Gefässe waren nicht thrombosirt, ihre auffallend dicke Intima zeigte stellenweise Wucherung des Endothels. An der Grenzzone liess sich deutlich erkennen, dass das pathologische Gewebe aus den sog. Zellenbalken der Milz hervorgegangen war, während die Trabekeln nur sehr wenig verdickt waren.

Doutrelepont.

---

4. **Greuzer, Scarlatina in puerperio, complicirt durch Polyarthritis rheumatica acuta. Genesung.** (Archiv für Gynäkologie. Bd. XVI. Heft 3.)

Verf. berichtet über einen Fall von Scarlatina in puerperio, complicirt durch Polyarthritis rheumatica und motivirt diese Diagnose eingehender, indem er septicämische und erysipelatöse Vorgänge ausschloss und den hier beobachteten Rheumatismus vom „Scharlachrheumatismus“ unterscheidet. Nach einer Zusammenstellung der Fälle von Scharlach im Wochenbett beträgt die Mortalität 48,71 %, indem von 156 Erkrankten 80 genasen und 76 erlegen sind.

Kocks.

---

5. **R. Förster, Mittheilungen über die im neuen Dresdener Kinderhospitale in den ersten beiden Jahren nach seiner Eröffnung zur Beobachtung gekommenen Lähmungen.** (Jahrbuch für Kinderheilkunde und Physische Erziehung. XV. Band. 3. und 4. Heft. Leipzig 1880.)

Der Verf. theilt die im Verlauf von 2 Jahren im Dresdener Kinderhospitale vorgekommenen Lähmungen mit, und schliesst in Kürze der nahen Beziehungen wegen mehrere ausserhalb des Hauses gemachte Beobachtungen an.



## I. Cerebrale Lähmungen.

In 6 Fällen im Alter von $2^3/_4$ bis 12 Jahren handelte es sich um Hemiplegien cerebralen Ursprungs, die sich durch Mitbetheiligung der Gesichtsmuskeln an der Lähmung, durch die wenig veränderte faradische Muskelerregbarkeit, durch den Verlauf, zum Theil durch den Sektionsbefund deutlich manifestirte. Die anatomische Diagnose liess sich nicht überall bestimmt stellen, früher überstandene Gehirnentzündung, Hirntuberkel, traumatische und nicht traumatische Blutungen kamen in Frage. Entgegengesetzt den Angaben Erbs, der hervorhebt, dass trophische Störungen bei cerebralen Lähmungen sehr selten seien, und dass Atrophie der Muskeln beinahe niemals einzutreten pflege, glaubt Verf. nach seinen Beobachtungen sich zu dem Schlusse berechtigt, dass im Kindesalter bei cerebralen Hemiplegien (wohl überhaupt bei erworbenen cerebralen Lähmungen) an den gelähmten Gliedern eine Abmagerung mässigen Grades nach wenigen Wochen einzutreten pflegt, und dass dieselbe weiterhin nur wenig Zunahme zeigt.

Die trophischen Störungen glaubt Verf. nicht allein auf den verminderten Muskelgebrauch zurückführen zu dürfen, da auch das Längenwachsthum zurückbleibt, und ausserdem die Veränderungen zu rasch auftreten, und auch eintreten, wo fast ununterbrochen die Glieder gebraucht werden. Verf. hält sekundäre absteigende Degeneration des Rückenmarks für wahrscheinlich, und hält gegebenen Falls sorgfältige anatomische Untersuchungen des Rückenmarks für wünschenswerth. Bemerkenswerth war in den mitgetheilten Fällen die schnelle Entwickelung von Contracturen, namentlich in den Beugern. Zweimal war dieselbe nach 5 und 9 Wochen schon ziemlich hochgradig, und besserte sich in wenigen Monaten unter Anwendung des galvanischen Stromes ganz wesentlich. Einmal war selbst 12 Wochen nach erfolgter Hemiplegie eine Contractur noch nicht nachweisbar, in 3 veralteten Hemiplegien waren hochgradige Contracturen vorhanden, die der galvanischen Behandlung trotzten. — Die faradische Muskelerregbarkeit war auf der gelähmten Seite wiederholt, wenigstens anfänglich, etwas vermindert. Die Muskeln reagirten auf den konstanten Strom beiderseits gleich, während von den Nerven der gelähmten Seite aus erst bei etwas grösseren Stromstärken als auf der gesunden Seite KaS.Z ausgelöst wurde. Die Sensibilität der gelähmten Seite war zweimal leicht herabgesetzt, wenn auch zum Theil nur für kurze Zeit, ein drittes Mal leicht gesteigert. Vasomotorische Störungen waren nur in einem Falle vorhanden. Die Sehnenreflexe waren wiederholt auf der gelähmten Seite gesteigert. Im Anschluss an diese Fälle berichtet F. von 2 Patienten, die an einer Parese aller 4 Extremitäten litten, für welche vielleicht im Gehirn, vielleicht in einem Bildungsfehler desselben die Ursache zu suchen ist. Der eine Patient, ein Mädchen von $3^3/_4$ Jahren war idiotisch, der $2^3/_4$jährige Knabe N. N. stammte aus hochgradig neurotisch belasteter Familie. In dem letzteren Falle scheinen die allerdings geringfügigen Contracturen in den Fingern und Zehen durch den galvanischen Strom zum Verschwinden gebracht worden zu sein.



## II. Multiple Herdsklerose.

(Encephalomyelitis disseminata, Leyden.)

Verfasser hebt hervor, dass nach der strengen Kritik von ten Cate Hoedemaker (Deutsch. Arch. für klin. Med. XXIII, S. 443) die multiple Herdsklerose im Kindesalter sehr selten sei, und theilt eine Beobachtung mit, bei welcher deutliche Anfänge der Krankheit erst im 6. Jahre wahrgenommen wurden. Der Patient kam im Alter von 8 Jahren 4 Mon. zur Beobachtung, und charakterisirt sich das Krankheitsbild durch das Intentionszittern, den Nystagmus, die scandirende Sprache bei gleichzeitiger psychischer Verstimmung, bei Schwindelanfällen, Kopfschmerzen, erhöhten Sehnenreflexen u. s. w.

## III. Spastische Paralysen.

Verf. theilt 10 Fälle mit, von denen 6 im Spital, 4 anderwärts flüchtig und zum Theil nur einmal beobachtet wurden. Im weiteren Sinne handelte es sich bei allen Patienten um eine spastische Paralyse. Dieselbe zeigte je nach Zeit der Entstehung, nach Antheilnahme oder anscheinender Integrität des Gehirnes, und ebenso nach Mitbetheiligung oder Freibleiben der Oberextremitäten unter sich grosse Verschiedenheiten.

F. hält es für zweckmässig, diese Formen zusammen abzuhandeln, so lange man nicht im Stande ist, betreffs des Sitzes der Erkrankung eine genaue Differentialdiagnose zu stellen. Die in Rede stehenden Symptomenkomplexe fordern zu einem gewissen Rückhalte bei Entscheidung der Frage auf, ob es sich allgemein genommen überhaupt um ein cerebrales oder um ein spinales Leiden handle. In dem einen von F. mitgetheilten Falle (Zimmermann) ergab der Sektionsbefund gleichzeitige Erkrankung des Gehirns und des Rückenmarks. Der zweite zur Sektion gekommene Fall (Bartsch) bietet dagegen als hier wesentlich in Frage kommendes Leiden einen hochgradigen Bildungsfehler des Gehirnes. Die Schlussfolgerungen aus den mitgetheilten Fällen sind folgende:

1) Die spastische Paralyse trifft man in den meisten Fällen im Kindesalter vergesellschaftet mit Idiotismus, oder doch mit einem gewissen Grade geistiger Schwäche. (Unter 10 Patienten waren 7 geistig schwach, bez. Idioten.) Es ist nach den von F. mitgetheilten Sektionsbefunden von weiteren einschlagenden Fällen auf das Vorhandensein diffuser Hirnsklerose und einer mangelhaften Entwicklung des Marklagers der Grosshirnhemisphäre zu achten.

2) Die spastische Paralyse der Kinder scheint in den meisten Fällen von der Geburt her zu bestehen, tritt aber mitunter (Fälle Zimmermann, Böhme) mit allen ihren Erscheinungen, einschliesslich der Hirnerscheinungen, des Idiotismus, erst im Verlaufe der Kindheit auf. Es bleibt dabei die Frage offen, ob die spastische Paralyse, wie Little und Seeligmüller es annehmen, durch anomale Vorgänge bei der Geburt bedingt sind, oder ob nicht vielleicht durch die der spastischen Paralyse zu Grunde liegenden anatomischen Störungen jene Geburtsanomalien veranlasst haben.

3) Die spastische Paralyse tritt, wie es scheint, immer doppelseitig auf; häufig ist die eine Seite mehr befallen als die andere.

4) In den meisten Fällen nehmen die Oberextremitäten gar nicht, oder doch nur in weit geringerem Grade als die Unterextremitäten an der spastischen Paralyse Theil. Doch giebt es eine weitere Reihe von Fällen (4), in welchen die oberen in ähnlicher, ja in noch stärkerer Weise ergriffen sind. Die Ursache für die Mehrbetheiligung der Oberextremitäten ist wohl hauptsächlich in den angeborenen Hirndefekten zu suchen. Bei später erworbener spastischer Paralyse, selbst bei sich einstellender Imbecillität, und bei nachträglich konstatirter Hirnsklerose (Zimmermann) blieben die Arme nahezu oder ganz frei.

5) Die Körpermuskulatur ist öfters nur schwach entwickelt, das Längenwachsthum bleibt in der Regel unbehindert.

6) Die Sensibilität bleibt in der Regel erhalten.

7) Die Reflexerregbarkeit ist im Allgemeinen doch nicht regelmässig gesteigert.

8) Die faradische Muskelerregbarkeit bleibt in der Regel intakt.

9) Vasomotorische Störungen mässigen Grades sind in einzelnen Fällen vorhanden.

10) Der konstante Strom vermag keine Heilung zu erzielen, höchstens den Fortschritt des Leidens aufzuhalten.

### IV. Spinale Kinderlähmung (Poliomyelitis anterior acuta).

Aus seinen 4 Beobachtungen hebt Verf. folgende Punkte hervor.

1) Die Lähmung trat plötzlich auf, oder entwickelte sich nach vorangegangener mehrtägiger (8—10tägiger) Krankheit.

2) Es trat jedesmal, wenn auch nicht in der ganzen Extremität gleichmässig, Atrophie ein.

3) Man muss annehmen, dass, wenn auch die Centren für Längen- und Dickenwachsthum in den grauen Vordersäulen beisammen liegen, doch nicht jedesmal beide gleichmässig getroffen zu werden brauchen.

4) Die vasomotorischen Störungen entsprechen nicht immer der vorherrschenden Atrophie.

5) Die faradische Erregbarkeit, beziehentlich das Verschwinden derselben, sowie das Verschwinden der Sehnenreflexe war jedesmal nachweisbar.

### V. Myelitis.

Verf. berichtet über einen Patienten im Alter von anderthalb Jahren, bei dem trotz einzelner Widersprüche eine Myelitis angenommen wurde. Der betreffende Fall war ausgezeichnet durch anfängliche Zitterbewegungen beim Gebrauche der Muskeln, spätere Parese der oberen, Paralyse der unteren Extremitäten mit Aufhebung der faradischen und galvanischen Muskelerregbarkeit in den letzteren. Er kennzeichnete sich ferner durch Anästhesie, ohne vorgängige sensible Reizerscheinungen, durch Abnahme bez. Schwinden der Reflexe, und zeichnete sich ferner aus durch das Ausbleiben von Funktionsstörungen seitens der Blase und des Mastdarms, durch das Ausbleiben jeder Atrophie, durch eine konstante Gewichtszunahme, endlich durch die überraschend schnelle und vollständige Heilung. Mit Rücksicht auf



das Vorhandensein eines ziemlich grossen Hautgeschwüres in der Nähe des Scheitels während der Behandlung, liegt es bei dem Mangel einer specifischen Ursache nicht allzufern, den Fall in das etwas dunkle Gebiet der Reflexlähmungen zu verweisen.

### VI. Druckmyelitis und Brown-Sequard'sche Lähmung.

Verf. theilt 3 Fälle mit, von denen einer mit Hirndefekt und mit Hirnsklerose behaftet an spastischer Paralyse leidet, und daher ein unreines Symptomenbild liefert. Im zweiten bestand bei einem 3 Jahre 5 Monate alten Patienten eine Kyphose von oben bis zum 9. Brustwirbel ansteigend. In beiden Fällen konnte man, in dem einen klinisch, in dem andern anatomisch die Neigung des comprimirten Rückenmarks zu aufsteigender Entzündung konstatiren. In dem dritten Falle, bei einem 6jährigen Knaben, der vor $^{3}/_{4}$ Jahren auf einem Teiche durchs Eis gebrochen war, und seitdem eine Schwellung, Steifheit und Schmerzhaftigkeit des Halses fühlte, lag die Vermuthung einer Brown-Sequard'schen Lähmung vor. Es bestand stärkere Motilitätsstörung auf einer Seite, und zwar auf der Seite der muthmasslichen Läsion, Erhöhung der Reflexe auf derselben Seite, geringere Sensibilität auf der andern Seite, und endlich war die hyperästhetische Zone durch einen ganzen Theil des Verlaufs unverkennbar. Auffallend war allerdings in diesem Falle, dass die anfänglich schwächer empfindende Seite weiterhin und für geraume Zeit sensibler wurde als die andere.

### VII. Meningitis spinalis traumatica.

T., 5 Jahre alt, hatte das Unglück, dass $3^{1}/_{2}$ Woche vor der Hospitalaufnahme eine Schneelawine vom Dache eines Hauses auf den Nacken fiel. Nach 2 Tagen vermochte er den Kopf nicht mehr zu drehen. Im Schlafe schrie er öfters auf. Bei der Aufnahme am 22. 3. 80 wurde der Kopf ängstlich grade gehalten, seitliche Bewegungen waren unter Schmerzen möglich. Die Sprache schwerfällig, doch deutlich. Die ganze Wirbelsäule druckempfindlich, der Leib sehr flach, und bei tieferem Druck empfindlich. In den nächsten Tagen heftige Nackenschmerzen, jede Berührung des Körpers war empfindlich, die Temperatur war hoch bis 40,5°, der Puls schwankte zwischen 108 und 132. Bromkali (2 gr), Blutegel in den Nacken, Eisblase, Natr. salicyl. zu 2 gr zeigten wenig oder keinen Erfolg. Lauwarme Bäder mit kalten Uebergiessungen schafften den besten Erfolg. Vom 28. 3. wurde noch ung. ciner. und Jodkali innerlich angewendet. Am 1. April konnte Pat. aufsitzen und spielen, am 10. 4. verliess der Pat. auf längere Zeit das Bett, und wurde am 11. 4. entlassen.

### VIII. Hysterische Lähmung.

Die $13^{1}/_{2}$jähr., nicht anämische M. Sponina bekam ganz plötzlich ohne jegliche Prodromalsymptome eine Lähmung des rechten Armes. Der Vorderarm war darnach gefühllos, wurde kalt und blau und schwoll an. Etwa 3—4 Tage darnach trat eine Flexionskontractur der Finger ein. Der Arm war vom Ellenbogen abwärts c. 3—4 Tage darnach gegen Nadelstiche unempfindlich, die Haut kühl. Die faradische Erregbarkeit der Vorderarm-



muskeln zeigte sich beträchtlich herabgesetzt. Am 6. Sept. fast vollständige Herstellung, am 11. September plötzlich abermalige Lähmung, mit denselben vorher erwähnten Erscheinungen. In einigen Tagen (14. Sept.) Besserung, und dann vollständige Wiederherstellung. Am 23. Sept. zum dritten Male Lähmung des Armes. Ord.: Sol. Kali hydroj. 4:100, 3mal täglich einen Esslöffel. In den folgenden Wochen trat noch einoder mehrmals die Lähmung des Armes auf, ebenso Ptosis beider oberen Augenlider, die auch schon am 23. September bemerkt wurde. Zuweilen lachte und sprach das Mädchen vor sich hin. Ord.: Bromkali. Vom 31. December an gleichmässigeres Befinden, nur vorübergehend Ptosis. Etwa seit Mitte April Klanglosigkeit der Stimme, ohne irgendwelchen Catarrh. Auf Androhung einer elektrischen Cur Anfang Mai rasche Besserung.

Das wechselnde Bild der Lähmungen, das rasche Kommen und Gehen, das Umspringen, das rasche Eintreten der Contracturen lässt auf Hysterie schliessen. Auffallend ist die rasch eintretende Herabsetzung der faradischen Muskelerregbarkeit, wie sie bei hysterischen Lähmungen nicht vorzukommen pflegt.

## IX. Diphtheritische Lähmung.

Dieselbe kam seit dem zweijährigen Bestehen des Hospitals 3 Mal zur Beobachtung.

Ein 3½jähriges Mädchen bekam im Anschluss an Rachendiphtheritis eine Gaumenparalyse mit den bekannten Sprachstörungen.

Bei einem 2½jährigen Mädchen, das wegen Larynxdiphtheritis mit Erfolg tracheotomirt wurde, entwickelte sich nach 6 Monaten eine fast vollständige Lähmung der musc. crico-arytaenoidei postici (Dr. Beschorner). Der Verlauf lässt eine Lähmung des n. recurr. sicher annehmen.

Die Behandlung bestand zuerst (11 Sitzungen) in der Anwendung des faradischen Stromes, sodann des konstanten (Anode in den Nacken). Heilung.

Ein 2¾jähriger Knabe, der am 30. Januar mit Rachendiphtheritis erkrankte und am 27. Februar geheilt entlassen wurde, kam am 6. März nach dem Spital mit den Erscheinungen der Gaumenwurzel-Lähmung. Vorübergehend bestand Strabismus, endlich eine ausgesprochene Parese der Nackenmuskeln, so dass der Kopf immer nach links herabhing. 30 Tage nachher wurde der Patient unter Anwendung des inducirten Stromes (jeden 2. Tag) und bei gleichzeitigem Gebrauche von Eisen, gesund entlassen.

Facialislähmung hohen Grades zufolge einer Otitis media wurde in einem Falle beobachtet.

Kohts (Strassburg).





6. **Dr. Leppmann, Ueber die sogenanten Ueberbürdungspsychosen bei Schülern höherer Lehranstalten.** (Breslauer ärztl. Zeitschr. Nr. 2 und 3. 1881.)

Verf. tritt der von Hasse auf der vorjährigen Versammlung deutscher Irrenärzte in Eisenach vertretenen Ansicht entgegen, dass die Ueberbürdung mit Schularbeiten eine Ursache der Psychosen sei.

Ob die Schüler mit Arbeiten überbürdet werden, lässt Verfasser unentschieden. Psychosen kommen bei Schülern äusserst selten vor. In dem sehr reichhaltigen Material des Allerheiligenhospitals sind nur 4 Fälle vorgekommen, in keinem Falle in Folge geistiger Ueberanstrengung, vielmehr war die Ursache durch Heredität, äussere ungünstige Lebensverhältnisse, durch Excesse in Bacho et venere (bei einem 16jährigen Patienten) oder durch Onanie begründet. Fälle, wie sie Hasse beobachtet hat, sind weder in der psychiatrischen Abtheilung des Allerheiligenhospitals, noch auf einer andern deutschen Irrenanstalt vorgekommen.

Kohts (Strassburg).

---

7. **Dr. Gottstein** (Privatdocent Breslau), **Ueber die verschiedenen Formen der Rhinitis und deren Behandlung vermittelst der Tamponade.** (Berl. klin. Wochenschr. 1881. No. 4.)

Verf. wiederholt und ergänzt bereits früher von ihm gemachte Mittheilungen über das genannte Verfahren und beginnt mit den Sätzen: „1. es ist mir kein Mittel bekannt, das bei jeder Form der Rhinitis, die mit Borkenbildung einhergeht, leichter im Stande ist, vorhandene Borken zu lösen und überhaupt das Secret zu verflüssigen, als die Tamponade. 2. Bei der sogenannten atrophischen Rhinitis wird durch die Tamponade gleichzeitig mit der Verflüssigung des Secrets auch der Foetor beseitigt, während der letztere durch dieselbe nicht verschwindet, wenn er durch Necrose bedingt ist. 3. Die Tamponade ist bei der atrophischen Form nur dann wirksam, wenn der Tampon in Berührung mit der atrophisch erkrankten Schleimhaut ist." Ferner „1. es giebt keine Ocaena ohne wirkliche Erkrankung der Schleimhaut der Nase oder ihrer Nebenhöhlen; 2. es können verschiedenartige Processe, sowohl dyskrasischen als nicht dyskrasischen Ursprungs dem Foetor zu Grunde liegen." Man solle deshalb die Bezeichnung „Ocaena" ganz fallen lassen und zunächst eine einfache und eine fötide Rhinitis unterscheiden und diese je nach den in ihrem Gefolge auftretenden Veränderungen als ulceröse, necrotische, atrophische, hypertrophische bezeichnen. Die atrophische geht aus der hypertrophischen hervor. Bei der hypertrophischen Form muss die einfache Schleimhauthyperplasie von den durch Knorpel- und Knochenerkrankung bedingten unterschieden werden. Besonders ist die Nasenscheidewand oft der Sitz einer sehr schleichend verlaufenden Perichondritis, die oft dyskrasischen Ursprungs zur Necrose führt, oft aber nur eine Verdickung hinterlässt, welche die Nasenhöhlen verengt.

Borkenbildung kann bei den verschiedenen Formen der Rhinitis vorkommen und ist nicht immer mit Foetor verbunden. Bei der reinen



hypertrophischen Form kommt es nicht zum Foetor, ist solcher damit verbunden, so handelt es sich um gleichzeitige Necrose oder atrophische Stellen. Bei der atrophischen Form ist immer Foetor, und dieser unterscheidet sich in seinem specifischen Geruch von dem der Necrose, welcher nicht von dem anderer Necrosen abweicht.

Die Entfernung der Borken ist immer mit Schwierigkeit verbunden. Die Nasendouche, abgesehen von ihren sonstigen Nachtheilen, entfernt sie nicht immer. Die Tamponade erreicht dies sicherer und gewährt gerade in der athrophischen Form den grössten Nutzen; doch bleibt dieselbe immerhin ein unheilbares Leiden. Wahrscheinlich wirkt der Wattetampon durch den milden Reiz auf die Schleimhaut-Secretion fördernd. Mittelst der vom Verf. (Bresl. ärztl. Zeitschr. 1879 Nr. 17, 18) empfohlenen kleinen Schraube mit Doppelgewinde lässt sich der Tampon von jedem Kranken selbst leicht einführen. Um die Schraube wird ein Stückchen Watte gewickelt, so dass es 4—5 cm lang und höchstens 1/2 cm dick ist, und dann mit der Schraube, rechts rotirend, in den Nasengang, womöglich so, dass das innere Ende des Tampons bis an die Choane reicht, eingeführt, alsdann die Schraube, links rotirend, zurückgezogen. Es genügt oft, den Tampon 2—3 Stunden liegen zu lassen, zuweilen muss er bis 12 Stunden liegen. Der Tampon leistet auch bei Defecten in der Scheidewand vorzügliche Dienste; Verf. füllt den Defect dergestalt damit aus, dass die Nasengänge durchgängig bleiben. Der Tampon ist also zu empfehlen: „wo es sich um Entfernung festhaftender Borken und um Verflüssigung des Secretes handelt; speciell 1. bei der ulcerösen und necrotischen Rhinitis neben der entsprechenden medicamentösen und operativen Behandlung, sofern jene mit Borkenbildung verbunden ist, vorübergehend bis zur Heilung des Leidens; 2. bei grösseren Defecten im Septum; 3. als einziges Mittel bei der atrophischen Form zur Beseitigung des Foetor.

R.

---

8. **Dr. C. Bierhoff, Beiträge zu den Krankheiten des Wurmfortsatzes.** (Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. XXVII. 3, 4, pag. 248.)

Die Grundlage der von B. gebrachten casuistischen Beiträge zur Pathalogie des Wurmfortsatzes, bilden theils eigene Beobachtungen theils Präparate der Erlanger pathologisch-anatomischen Sammlung.

Selten und meist unbedeutend sind alle diejenigen Veränderungen des Proc. verm., welche nicht auf Entzündung und deren Folgen beruhen. Hierher gehören die angeborenen Anomalien des Organes. Wichtiger sind Dislocationen durch Verwachsung mit benachbarten Organen, in Folge abgelaufener Peritonitis, wodurch bisweilen Incarceration des Darmes veranlasst wird.

Das Coecum disponirt in hohem Grade zur Stauung der Kothmassen, welche auch leicht in den Wurmfortsatz gelangen können. Der letztere ist durch die grosse resorbirende Oberfläche und die Menge der Lymphgefässe für eine rasche Resorption des flüssigen Inhalts besonders geeignet. Hierdurch ist das Entstehen der Kothsteine leicht zu erklären, zumal da die Gerlach'sche Klappe die eingedickten Fäcalmassen häufig am Wiederaustritt verhindert. Aehnlich sind die



Verhältnisse beim Eintritt von Fremdkörpern in den Wurmfortsatz. Zuweilen, jedoch selten werden Concremente im Proc. verm. gefunden ohne Spuren einer frischen oder alten Entzündung. Die mildeste Form der Entzündung ist der einfache Catarrh. Zuweilen kommt es zu Ulcerationen, wodurch die ganze Schleimhaut des Proc. in ein Ulcus verwandelt werden kann. Die Vernarbung nach Ablauf des Processes ruft weitere Veränderungen hervor. Verkürzung und Verengerung des Anhangs oder völlige Obliteration. Auch eine theilweise Obliteration, besonders des freien Endes wird gefunden. Liegt die partielle Obliteration an der Mündung oder ist die letztere verstopft, so häuft sich das abgesonderte Secret an und dehnt das Lumen zu einer Cyste aus. Doch muss dies nicht immer der Fall sein, da zuweilen eine cystenartige Ausdehnung durch lebhafte Resorption verhindert wird. Die meist den lethalen Ausgang mit sich bringende Perforation des Wurmanhanges kann auf rein mechanische Weise veranlasst werden. Abgesehen davon ist die Perfor. nur ein weiteres Stadium der oben angeführten Ulcerationen. Eine adhäsive umschriebene Peritonitis in der Umgebung der entzündeten Stelle kann zuweilen die eigentliche Perforation noch hintanhalten. Verhältnissmässig häufig schliesst sich an diese Vorgänge eine Pylephlebitis an, und zwar sowohl die einfache adhäsive Form, als auch und zwar häufiger, die infectiös-metastatische. Haben sich zur Zeit der Perforation unter den benachbarten Darmschlingen Verklebungen gebildet, welche hinreichend stark sind um die Ausbreitung des Darminhaltes auf das gesammte Peritonäum zu verhindern, so kommt es zur bindegewebigen Abkapselung des Heerdes, einem intraperitonealen Abscess. Der günstigste Ausgang solcher Abscesse ist wohl die Resorption des Inhaltes. Ferner kann der Abscess selbst noch perforiren und dann zur allgemeinen Peritonitis führen. Oft wird die Wendung einer benachbarten Darmschlinge von aussen nach innen perforirt, und der Abscessinhalt entleert sich in den Darmcanal. Zuweilen verbreitet sich die Entzündung auf den hintern Theil des parietalen Bauchfellblattes und der Abscess ergiesst durch Perforation seinen Inhalt in's retroperitoneale Bindegewebe. Viel seltener ist Durchbruch der vordern Bauchdecken. Bei Verlöthung des Wurmfortsatzes mit einem benachbarten Darmstück kömmt es manchmal zu einer offenen Communikation zwischen dem Lumen beider Gebilde, zu einer fistula bimucosa; dieser Vorgang kann wohl als eine durch die Natur vollendete Heilung angesehen werden. — Kothsteine kommen bei jüngern Individuen häufiger vor, wie B. meint, weil die Gerlach'sche Klappe in der Jugend kräftiger entwickelt ist. Von den Infectionskrankheiten ist es besonders der Typhus abdom., bei welchem Geschwüre im Proc. vermif. vorkommen, die von den dort dicht gelagerten Solitärfollikeln ausgehen. Von Neubildungen sind hauptsächlich zu erwähnen der Tuberkel und das Carcinom. Unter den Entozoen wurden Oxyuris verm. und Trichocephalus dispar, zuweilen auch ein Ascar. lumbricoides im Wurmfortsatz gefunden. Ausserdem sind noch zwei Fälle von Echinococcus beobachtet.

Kopp (München).



9. **Prof. Ed. Lang** (Innsbruck), **Ueber Behandlung der Psoriasis.** (Vierteljahrschr. f. Derm. u. Syph. 1880. 4. Heft. S. 473.)

L. hat schon seit Jahren auf Grund seiner Anschauung, „dass bei Entwicklung der Psoriasis ein weitverbreiteter Pilz mitspielt", bei dieser Krankheit eine antiparasitäre Behandlung eingeleitet. Bei Beurtheilung der Therapie legt er das Hauptgewicht darauf, wie lange die Wiederkehr der Krankheit ausgeblieben ist. Lang andauernde Heilung hängt nach ihm nicht so sehr von der Anwendung eines bestimmten Mittels, sondern vielmehr von einer consequent durchgeführten methodischen antiparasitären Behandlung ab. L. berichtet über 9 Fälle von Psoriasis, welche er bis zum vollständigen Schwunde behandelt und noch längere Zeit beobachtet hat. In 2 Fällen ist kein Erfolg zu verzeichnen, einmal blieb das Recidiv dritthalb Jahre aus, in einem Falle kehrte die Krankheit nach einem Jahre, in einem andern Falle erst nach mehr als 3 Jahren wieder. In den 4 übrigen Fällen war die Psoriasis nach $1^1/_2$, $2^1/_2$, $2^3/_4$ und 5 Jahren nicht recidivirt. Die Therapie besteht in Entfernung der Schuppenmassen durch einfache oder Schwefelbäder und durch Abreiben mit Schmierseife, darauf Einpinselung der Haut mit 2%igem Carbolöl und Einwicklung der Kranken. Nach Beseitigung der Schuppen Einpinselung einer Chrysophansäuresalbe (1 : 10—15) (im Gesichte statt dieser Salbe eine Pyrogallussalbe 1 : 10), welche wochenlang bis zum vollständigen Schwunde der Psoriasisflecken angewendet wird. Zum Schlusse erwähnt L. noch, dass er in der Rufigallussäure ein sehr wirksames Mittel gegen Psoriasis gefunden hat, das überall angewendet werden kann. Er wendet dieselbe als Salbe (1 : 10) genau wie die Chrysophansalbe an.

Doutrelepont.

---

10. **Kane, Chloral-Hydrate.** (N. Y. Med. Rec. Bd. 18. S. 702; Bd. 19. SS. 4, 32, 60.)

Verfasser hat eine lange Reihe von Fällen (etwa 75) zusammengestellt, deren tödtlicher Verlauf dem Chloralhydrat zugeschrieben wurde. In zwei weiteren Artikeln beschreibt er in ähnlicher Weise mit zahllosen Citaten die Wirkung desselben Mittels bei der Schlaflosigkeit der Säufer und Maniaci. Es sei hier nur auf die reichhaltige casuistische Literatur aufmerksam gemacht.

Warren.

---

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.



Erscheint wöchentlich. Jeder Jahrgang umfasst 52 Bogen nebst Titel und Register.

Preis des Jahrg. 18 M., zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

# Centralblatt
für
# KLINISCHE MEDICIN.

Redigirt von

**Dr. H. Rühle,** Professor und Direktor der medicin. Klinik in Bonn.

und

**Dr. D. Finkler,** Privatdocent und Assistent an der medicin. Klinik in Bonn.

**1881.** **9. März.** **Nro. 50—52.**

**Inhalt.** Referate: 1. **Motschutkofsky,** Beobachtungen über febris recurrens. — 2. **Motschutkofsky,** Beobachtungen über febris recurrens. — 3. **Blanchard,** Note sur les modifications anatomiques que présentent les os dans l'ataxie locomotrice. — 4. **Mayer,** Ueber heilbare Formen chronischer Herzleiden einschliesslich der Syphilis des Herzens. — 5. **Hajek,** Ueber die Ursachen und den Verlauf bei Nephritis nach Scharlach. — 6. **Armaingaud,** Sur l'emploi des injections hypodermiques de nitrate de pilocarpine dans la transpiration fétide des pieds. — Namenregister. — Sachregister.

1. **Dr. O. Motschutkofsky, Beobachtungen über febris recurrens.** (Wratsch No. 19. 1880.)

M. wirft die Frage auf, ob im Verlaufe der f. recurrens Erscheinungen zur Beobachtung kommen, aus welchen der Eintritt oder das Ausbleiben eines folgenden Anfalles prognosticirt werden könnte. Verf. hält dieses für wichtig, um einerseits die Pat., die noch contagiös sind, nicht zu früh aus dem Krankenhause zu entlassen, sie andererseits der Gefahr der Reinfection durch zu langes Halten im Krankenhause nicht zu unterwerfen. Was die Temperatur anbetrifft, so kommt M. zu folgenden Schlüssen: er stellt folgende 3 Kategorien von Temperaturkurven während der Intermission auf: 1) die Temperatur steigt nach der Krisis täglich um einige zehntel Grad und erreicht ihr Maximum am 3.—4. Tage, so dass sie dann um 1,5° bisweilen 2,5° höher steht als am Tage nach der Krisis; in den folgenden Tagen kann die Temperatur abermals sinken, was aber weiter keine Bedeutung hat. Bei solchen Curven prognosticirt M. die Wiederkehr des Anfalls. 2) Die Temperatur fällt nach der Krisis allmälig; dann stellt sich, namentlich wenn die Schwankungen bedeutender sind, ein neuer Anfall nicht wieder ein. 3) In dieser Kategorie finden sich verschiedene Curven: a) die Temperatur steigt sehr langsam und erreicht die Maximalhöhe am 7. Tage nach der Krisis; b) die Temperatur steigt gleich nach der Krisis um etwa 1,5° und hält sich während der folgenden in nur unbedeutenden Schwankungen. Bei solchen Curven blieb in 60% ein abermaliger Anfall aus. — c) Die Temperatur macht von der Krisis an grössere Schwankungen bis zu 1,5° und d) Curven mit sehr unbedeutenden Schwankungen, welche nicht 0,5° erreichen. Bei solchen Curven lässt sich eine Prognose stellen, häufiger jedoch



folgt ihnen ein abermaliger Anfall. — Diese Schlüsse beziehen sich nur auf reine Formen der f. recurrens, weil schon geringe Complicationen, wie Bronchialcatarrh, starke Neigung zum Schwitzen die Curve beeinflussen können. In Berücksichtigung dieser Momente ist es Verf. gelungen in 194 Fällen 139mal die Prognose richtig zu stellen. Was die übrigen zur Beobachtung kommenden klinischen Erscheinungen anbetrifft, so fand sich in Bezug auf den Stuhl, dass 60% derjenigen Pat., welche vor der Erkrankung tägliche normale Stühle hatten, während der ganzen Krankheitsdauer und lange noch in der Reconvalescenz an Vesstopfung litten. Die Neigung zum Schwitzen nahm während der spätern Apyrexien und mehr noch in der Reconvalescenz ab. Eiweiss im Schweisse ist nie gefunden worden. Harn enthält oft Eiweiss. Nach dem 3. und 4. Anfalle sind Spuren von Eiweiss in 18%, nach dem 1. Anfalle in 2% und nach dem 2. in 8% der Fälle gefunden worden. Das Eiweiss findet sich im Harn am häufigsten am 1. Tage des 3. und 4. und in der Mitte und am Ende des 1. und 2. Anfalls; es verschwindet allmählig am 1.—4. Tage der Apyrexie. — In 6 Fällen nahm die Quantität des Eiweisses, wo es während der ganzen Apyrexie vorhanden war, am ersten Tage vor dem Anfalle zu. In 5 Fällen war der Harn 10—18 Tage nach dem 8. Anfalle eiweisshaltig. Die Vermehrung der rothen Blutkörperchen und die Verminderung der weissen während der Apyrexie ging nicht gleichmässig von statten; die Fähigkeit der Blutkörperchen, Rollen zu bilden, nahm in den meisten Fällen um so mehr zu, je mehr Anfälle vorhergegangen waren. Ueber das Gewicht der Kranken gibt M. eine Tabelle an, aus welcher er folgende Schlüsse ziehet. Während des ersten Anfalles sinkt das Gewicht am bedeutendsten und hebt sich während der folgenden Apyrexie wieder, dasselbe wiederholt sich auch während der folgenden Anfälle, doch werden die Schwankungen immer geringer. Im Resultat übertrifft die Summe des Verlustes die des Ersatzes, da derselbe während jeder einzelnen Apyrexie fast nie den Verlust im vorhergegangenen Anfalle deckt. Dieses aber hat für M. eine besonders wichtige Bedeutung: je mehr das Steigen des Gewichts während der Apyrexie den Verlust während des vorhergegangenen Anfalls ausgleicht, desto wahrscheinlicher ist es, dass kein Rückfall weiter eintreten wird.

Krusenstern (Petersburg).

---

2. **Dr. O. Motschutkofsky, Beobachtungen über febris recurrens.** (Wratsch No. 40. 1880.)

Ueber äusserste Dauer der Apyrexie und Reinfection. Im Jahre 1879 und 1880 beobachtete M. Fälle von f. recurrens, wo die Anfälle 6, 7 und sogar 8mal wiederkehrten. — Folgenden Fall untersuchte er in Bezug auf die Möglichkeit einer Reinfection. J. R., 7 Jahre alt, erkrankte mit ihrer Mutter zu gleicher Zeit in einem Nachtasyl in Odessa. Am 3. Febr. 1879 wurden beide ins Krankenhaus aufgenommen, das Kind mit Temperatur von 41,0°. Am selben Tage schwitzte es. Aus der Anamnese konnte man auf einen dritten Anfall der f. recurrens schliessen. Die Untersuchung am ersten Tage ergab eine



deutliche Vergrösserung der Leber und eine recht bedeutende Vergrösserung der Milz; beide waren empfindlich. Haut mässig feucht, Zunge stark belegt, feucht, beträchtliche Schmerzen in recht schlaffen Muskeln, Schleimhäute blass, Harn intensiv gefärbt, ohne Eiweiss. — Am 10. Febr. liess eine abermalige Temperatursteigerung und Anwesenheit von Spyrochaeten im Blut den Recurrensanfall erkennen. Dieser vierte Anfall dauerte 2 Tage. Das Kind erholte sich und nahm an Gewicht zu; Lebertumor schwand, Milz war nicht mehr palpirbar. Das Kind musste der Mutter wegen im Spital bleiben und es lag neben ihr. Nach 23 Tagen, am 7. März, trat abermals ein viertägiger Anfall ein, Spyrochaeten täglich im Blute nachweisbar. Nach 11 Tagen ein zweitägiger und nach 8 Tagen abermals ein zweitägiger Anfall. Darauf eine Intermission von 16 Tagen, das Kind erholte sich wenig. Am 17. Tage ein ausgesprochener viertägiger Anfall; nach 11 Tagen wieder ein zweitägiger Anfall. Leber und Milz schwollen an, erreichten jedoch in den letzten zwei Anfällen nicht die frühere Grösse; Muskelschmerzen waren geringer; die Temperatur niedriger, das Krankheitsgefühl weniger ausgesprochen; der Schweiss weniger profus, dia Abmagerung aber war extrem. In dieser Curve finden sich also zwei langdauernde Intermissionen von 23 und 17 Tagen. Verf. hatte während seiner zehnjährigen Beobachtung der Epidemien der f. recurrens in Odessa eine bestimmte Regelmässigkeit des Verhältnisses der Dauer der Anfälle zu einander und zu den Apyrexien festgestellt und zwar, dass die ersten an Dauer ab, die letzten zunehmen, wofür er folgende Tabelle, 148 Fällen entnommen, anführt:

| | I. | II. | III. | IV. | V. |
|---|---|---|---|---|---|
| Anfälle: | $6^3/_4$ Tage. | $5^1/_2$ Tage. | $3^1/_4$ Tage. | $2^1/_8$ Tage. | $1^2/_3$ Tage. |
| Apyrexien: | $5^1/_4$ „ | $6^1/_6$ „ | 9 „ | $10^1/_2$ „ | |

Die beträchtlichste Dauer der ersten und zweiten Apyrexie war nach seinen Beobachtungen 11, die der dritten und vierten 12 Tage.

Er nimmt mithin für den Rückfalltyppus in Südrussland als äusserste Dauer der Apyrexie 12 Tage an und glaubt daher eine dreimalige Infection in diesem Falle annehmen zu dürfen und stützte diese Ansicht mit dem Hinweise darauf, dass jede Reihe der Anfälle mit einem sehr kurzen Anfall (1—2 Tage) schloss, und der erste Anfall jeder folgenden Serie länger dauerte, als der letzte der vorhergegangenen.

Verf. fasst zum Schluss seine Ansicht in folgenden Sätzen zusammen: 1) Eine mehrmalige Infection bei Recurrens kann in kurzer Zeit wiederholt stattfinden. 2) Jede nachfolgende Serie von Anfällen ist schwächer, als die vorhergehende, führt aber zu grösserer Erschöpfung. 3) Die letzte Apyrexie einer Infection kann mit der Incubation einer folgenden zusammenfallen.

Krusenstern (Petersburg).



3. **K. Blanchard, Note sur les modifications anatomiques que présentent les os dans l'ataxie locomotrice.** Die Veränderungen der Knochen bei tabes dorsualis. (Gaz. des hôpit. 1881. Nr. 19.)

Regnard hat nachgewiesen, dass die Knochen der Tabes-Kranken chemische Veränderungen zeigen, derart, dass die Phosphate verringert, die Fette vermehrt sind, während die Carbonate sich in normaler Menge finden. Um die Veränderungen der Struktur zu erforschen, untersuchte B. drei Oberschenkelknochen von Tabes-Kranken. Er fand in denselben die Havers'schen Kanäle erweitert; die Erweiterung zeigt auf dem Querschnitt eines dekalcinirten Knochens sehr verschiedene Grade; sie ist um so stärker, je näher die Kanäle dem Marke liegen; sie erreichen einen Durchmesser von 500 $\mu$. Die Resorption zerstört die sie umgebenden konzentrischen Schichten, und die Kanäle werden zu unregelmässigen Lakunen, welche mit einander und mit der Markhöhle kommuniziren. In frischem Zustand der Knochen findet man die erweiterten Kanäle mit Fett angefüllt. Während ein normaler, nicht dekalcinirter Knochen keinen Farbstoff aufnimmt, färben sich die erweiterten Kanäle der Knochen der Tabischen so intensiv, wie es nur die dekalcinirten Knochen zu thun pflegen; einen geringeren Grad der Färbung nehmen auch die noch nicht erweiterten Kanäle an der Peripherie der Knochen an. — Die Veränderung der Knochen der Tabischen besteht also zunächst in einer Verminderung der Knochensalze; die Erosion der Havers'schen Kanäle ist sekundär.

E. Bardenhewer.

---

4. **Dr. Mayer, Geh. Sanitätsrath** (Aachen), **Ueber heilbare Formen chronischer Herzleiden einschliesslich der Syphilis des Herzens.** (Aachen 1881. 39 Seiten.)

Verf. unterscheidet 3 Klassen von Formen chronischer Herzleiden, bei denen die Möglichkeit besteht, dass der Kranke später frei von wesentlichen objectiven und subjectiven Krankheitssymptomen wird.

Die erste Klasse umfasst die Klappenfehler. Verf. schliesst sich der Ansicht von Jacksch an, dass nämlich sowohl die Semilunar- wie die Herzklappen sich durch Ausdehnung einem an den Ostien entstehenden Defecte accommodirten. Wenn diese Ausgleichung in statu nascente sich ausbildet, findet sich trotz wirklich bestehender Endocarditis bei manchem acuten Gelenk-Rheumatismus kein Zeichen eines Herzfehlers. Jacksch hat Beweise für seine Ansicht durch Obductions-Befunde erhalten, die Prognose soll bei Aorten-Insufficienz günstig sein, wenn man neben dem Geräusch noch einen zweiten Ton hört, was für eine noch intacte Klappe spricht. Zur Heilung gehören Jahre, jugendliches Alter und Ruhe.

Ein zweiter Heilungs-Vorgang beruht auf der Resorption frischer entzündlicher Exsudate, welche sich auf die Klappen gesetzt haben, so lange sie noch auf der Stufe des weichen Bindegewebes sich befinden. Beneke empfiehlt, um diese Resorption zu erreichen, die warmen Soolbäder Nauheims auch wegen ihrer beruhigenden Einwirkung auf das Herz und berichtet über 5 günstige Fälle, wo die Kur kurze Zeit nach



überstandenem Gelenk-Rheumatismus begonnen war. Gerhart hat einige Male durch Inhalation von Natron bicarb. Heilung gesehen.

Verf. widerräth zu frühen Gebrauch von Nauheim; durch Landaufenthalt, Ruhe, eventuell Digitalis und Eis sah Verf. 3 Fälle von Mitralinsufficienz heilen.

Die zweite Klasse von heilbaren Herzfehlern bilden Veränderungen der Muskeln.

1) Kommen vorübergehende Insufficienzen des Herzens vor, wenn das Wachsthum des Körpers und des Herzens nicht gleichen Schritt hält und dadurch das Herz abnorme Widerstände findet.

2) Parenchymatöse (körnige und fettige) Degeneration der Muskeln nach Infections-Krankheiten bildet sich bisweilen zurück.

3) Die von Stokes als „weakened heart" bezeichneten Krankheitsformen seien Fälle von Ueberanstrengung des Herzens und von chronischer diffuser Myocarditis, wie Rühle sie beschrieb, geben eine günstigere Prognose, als gewöhnlich angenommen wird. In Bezug auf die Therapie räth er zu einer genauen Erfüllung aller Causal-Indicationen. Die Berichte von H. Seiler über den Erfolg eines längeren (vierwöchentlichen) Digitalis- und Eisen-Gebrauches und dessen Empfehlungen schliesst sich der Verf. an und berichtet über einen einschlägigen Krankheitsfall bei einem 57jährigen Manne.

Die dritte Klasse sind Herzfehler in Folge von Syphilis.

Nach Anführung der entsprechenden ausländischen und deutschen Literatur beschreibt Verf. das Symptomenbild der syphilitischen Herzleiden, welches dem des weakened heart gleicht und dem der chron.-diffusen Myocarditis ähnlich ist. Verf. glaubt, dass die Syphilis als Ursache dieser Leiden häufiger sei, als man glaube und räth besonders darauf zu achten.

Zum Schluss wird ein einschlägiger Fall mitgetheilt von einem 50jährigen Offizier, der vor 8—9 Jahren sich inficirt hatte, kinderlos war, und mit den Zeichen der Herzinsufficienz ohne deutlichen Klappenfehler erkrankt. Als Periostitis des Unterschenkels und Mundaffectionen die Diagnose Syphilis rechtfertigten, wurde eine specifische Kur eingeleitet und der Patient nach Gebrauch von 200 gr. Jodkalium sowie einer Bade- und Schmierkur (25 Einreibungen zu 3—4 gr.) fast vollständig geheilt.

Bartold.

---

5. **Dr. S. Hajek** (Wien), **Ueber die Ursachen und den Verlauf bei Nephritis nach Scharlach.** (Archiv für Kinderheilkunde. 10. und 11. Heft. 1880.)

Verf. erwähnt zuerst die Theorieen der Urämie von Traube, Frerichs, Voit u. A. und lässt unentschieden, welches die allein richtige sei, und wendet sich dann zu der Frage, welches der pathologische Zusammenhang zwischen Scharlach und Nephritis sei; er verwirft die Ansicht, dass die croupöse Nephritis beim Scharlach eine Lokalisation des ursprünglichen Processes sei, dass dieselbe auf einer

weiteren Infektion beruhe, ebenso die Ansicht von Frerichs, dass die Nephritis die Folge von Erkältung während der Abschuppungsperiode sei. Nach ihm beruht der pathologische Zusammenhang zwischen beiden Krankheiten lediglich in der lang dauernden, mehr oder weniger completen Unterdrückung der Hautausdünstung; wie in Folge von künstlichen Hautüberzügen, Oel, Firniss etc., nach Verbrennungen Albuminurie bei gleichzeitiger Verminderung der Harnmenge, ein Sinken der Temperatur, endlich Dyspnoe, Convulsionen und Coma eintreten, ebenso sei die Haut der Scharlachkranken in ihrer physiologischen Funktion gehemmt, einmal durch den serösen Erguss in der Cutis, dann durch die abgestorbene starre Epidermismasse; die Hautathmung ist dadurch unterdrückt, die Haut ist für Wasser nicht mehr durchgängig, die Ausscheidung muss hauptsächlich durch die Nieren geschehen. Dieselben werden in Folge dessen hyperämisch, schliesslich entsteht acute Nephritis, event. Urämie. Die Therapie ist nach dem Verfasser deshalb einleuchtend, dieselbe muss darauf bedacht sein, durch möglichst frühe Einleitung der Abschuppung mittelst Bäder die Funktionsstörung der Haut zu heben. Die Speckeinreibungen sind deshalb zu verwerfen.

Zum Schluss theilt Verf. zwei von ihm beobachtete Fälle von Urämie mit Heilung mit.

Ein Knabe von 9 Jahren erkrankte an Scharlach und Diphtheritis. Am Ende der 3. Woche traten Albuminurie, Harnverminderung und Oedem auf; am Anfang der 4. Woche traten Pulsverlangsamung, Kopfschmerzen, Uebelkeiten und Erbrechen auf; die Behandlung bestand abwechselnd in der Darreichung von Digitalis, Natron benzoicum und Calomel.

Schliesslich traten Harnretention und heftige Convulsionen ein. Nachdem die Convulsionen 2 Stunden angehalten hatten, trat heftige Dyspnoe und alle Zeichen des Lungenoedems ein. Es wurde sofort eine Venaesection von 70 gr Blut gemacht, Patient in ein warmes Bad gesetzt und Brust und Gesicht mit kaltem Wasser übergossen. Patienten wurde dann eine tüchtige Dosis Calomel beigebracht. Patient wurde zu Bett gebracht und durch reichliche Bedeckung eine tüchtige Diaphorese versucht; Patient schlief ein, erwachte nach einer Stunde schweisstriefend, hatte eine copiöse Stuhlentleerung und schlief weiter; urämische Symptome kehrten nicht wieder zurück; der Urin blieb noch eine Zeit lang blutig, die Menge nahm allmälig zu, nach 2 Monaten enthielt derselbe noch reichliche Mengen von Eiweiss und Cylindern.

Der zweite Fall betrifft einen 8jährigen Knaben, bei dem sich in der 3. Woche Albuminurie und Oedem entwickelt, am 23. Tage trat zuerst Erbrechen auf, dem epileptiforme Convulsionen von ½stündlicher Dauer folgten; in der darauffolgenden Nacht traten wiederum Convulsionen fast der ganzen Körpermuskulatur von 4stündiger Dauer auf; dazu kam Trismus Opistotonus und Pulsbeschleunigung, Temperatur und Ammoniakgehalt der exhalirten Luft wurden nicht gemessen. Trotz eines Clysma von 2 gr Chloralhydrat und Abkühlung des Kopfes mit Eis liessen die Krämpfe nur auf Augenblicke nach, erst auf kalte Begiessungen des Kopfes im Bade cessirten dieselben vollständig. Nach 2 Tagen war das Bewusstsein noch nicht wiedergekehrt, Pu-



pillen waren starr, Patient war tief somnolent, Puls war verlangsamt, häufig wiederholtes Zähneknirschen, Sphinkteren der Blase und des Mastdarmes waren gelähmt, zudem Ataxie und Aphasie, kurz alle Zeichen der Encephalitis waren vorhanden; am 3. Tage kehrte das Sensorium zurück, und es liess sich weder Amaurose noch eine Gehirnstörung constatiren. Doch das Gedächtniss war fast völlig verschwunden, die Sprache verloren und die untern Extremitäten, sowie die Sphinkteren blieben noch wochenlang gelähmt, ohne dass Anästhesie vorhanden gewesen war. Nach 3 Monaten verliess Patient zum ersten Male das Bett, führte aber gänzlich uncoordinirte Bewegungen aus. Später traten dann noch epileptiforme Anfälle während 6 Wochen um die 9. Morgenstunde auf und schwanden dann unter dem fortgesetzten Gebrauch des Chinin. Der Kranke lernte wieder die Sprache der Umgebung verstehen, in seinen Bewegungen blieben Schwäche und Coordinationsstörung zurück, Sprache ist undeutlich, g, und k hat er nicht wieder aussprechen gelernt. Die Intelligenz ist bedeutend zurückgeblieben.

Kohts (Strassburg).

---

6. **Armaingaud, Sur l'emploi des injections hypodermiques de nitrate de pilocarpine dans la transpiration fétide des pieds.** Subkutane Injektionen von Pilokarpin gegen übelriechende Fussschweisse. (Gazette hebdomad. 1881. Nr. 7.)

A. hat in drei Fällen von übelriechendem Fussschweiss subkutane Injektionen von Pilokarpin (0,02—0,04) gemacht und damit Heilung des Uebels erzielt, welche nun schon bis zu 8 Monate lang besteht. Die Heilung scheint bewirkt zu werden durch die ableitende Sekretionssteigerung der Speicheldrüsen; denn die schweisstreibende Wirkung machte sich nach den Injektionen nur in geringem Maasse bemerklich, und die Darreichung von Jaborandi-Infus, welche von einer viel stärkeren Steigerung der Schweisssekretion gefolgt war, aber nur geringen Speichelfluss bewirkte, beeinflusste die Fussschweisse nicht. Von den bei anderen Behandlungsweisen auftretenden unangenehmen Erscheinungen, als Kopfschmerz, Kopfkongestionen, war bei der Behandlung mit Pilokarpin-Injektionen nichts zu bemerken.

E. Bardenhewer.

## Namen-Register.


Abbe 346.
Abadie, Ch. 645.
Ackermann 723.
Adamkiewicz 93. 278. 325. 327. 459. 503.
Addison 460.
Ahrendts 622.
Aimé, Martin 143.
Airey 308.
Albertoni, P. 21.
Albrecht, A. 637.
Albrecht, Rudolf 4. 61. 194.
Allison 84.
Amidon 710. 711.
Ampitz 400.
Andeer, Justus 668.
Anderson 43.
Andral 508.
Annuschat 514.
v. Anrep, B. 21.
Arau 164.
Archambault 317.
Armaignaud 791.
Arndt 677.
Arnold 457.
Ascherson 736.
Astley Cooper, F. 653.
Aubrun 398.
Audigé 211.
Aufrecht 602.

Baader, A. 561.
Babesin 380.
Babinski 686.
Baetz 220. 545.
Ballet, G. 259. 453. 757.
Balmann 15.
Bamberger 34. 572. 669. 763.
Banga, H. 480.
Banti 309.
Baraduc, M. 726.
Barbarotta 363.
Bardenhewer 359. 361. 362.
Bardinet 111.
Bärensprung 316. 461.
Bärwinkel 598.
Bartsch 777.
Bartels 148. 150. 238. 381. 382. 427. 443. 508. 569. 591. 731.
Bartens 247.
Basch 587.
Batterburg 109.
Battey 377.
Bauer 538. 656.
Bäumler, Ch. 133. 390. 682.
Baumgarten 34.
Baumüller 605.
Baxter Buchanan 97.
Bazin 71.
Beale 613.
Beaumetz 707.
Béchamp 213.
Becker 58. 623. 688.
Béclard 284.
Beer 669.
Beyer 85.
Behr 329.
Bence-Jones 338.
Benedict 265.
Beneke 136. 582. 649. 675. 788.
Bensch 328.
Bérenger-Férand 255.
Berger, C. 12. 122. 312. 315. 436. 488. 521. 743. 747.
Bergeren 707.
Bernard, A. 232. 271.
Bernard, Claude 41. 72. 120.
Bernhard 12.
Bernhardt, M. 135. 181. 243. 488.
Bertheau, H. 451.
Berthold 108.
Bert, P. 158.
Besnier 71. 190. 443.
Beyer 85.
Bezold 41. 656. 666.
Biber 217.
Bidder 215.
Bierhoff 782.
Bigelow 540.
Billroth 540.
Binz 162. 302. 350. 413. 557. 558. 559. 572. 688.
Birch-Hirschfeld 501. 520. 642.
Bizzozero, G. 118.
Blachez 316.
Blanchard 788.
Blanche 275.
Bliesener 131.
Bloch 250.
Block 228. 417.
Blondeau, A. 699.
Blot 727.
Bochefontaine 768.
Bock 194.
Bogros 759.
Böck 352.
Böhm 410. 560.
Böhme 777.
Böke 104.
Böttcher 123. 263.

Boegehold 61.
du Bois-Raymond 506. 509. 510. 550.
Boissarie 158.
Bollinger, O. 513. 685.
Le Bon 716.
Bontemps, E. 64.
Borbillier 759.
Bornträger, A. 526.
Bosch 409.
Bosse 514.
Bostan 716.
Bostroem 651. 733. 734.
Botkin 357. 372. 685.
Bouchard 746. 756.
Bouchardat 72.
Boudet 411.
Bouillaud 87. 100.
Bouilly 695.
Bonnief 178.
Bourdel 159.
Bourneville 190.
Bousquet 275.
Boyer, L. 695. 771.
Bozzolo 666. 673. 683.
Brakyn 554.
Brand 178. 357.
Braun 175.
Brehmer 534.
Brenner 517. 572.
Bretonneau 125.
Breuer 23. 119. 507.
Bricheteau 709.
Bright 381.
Brinkmann 671.
Briquet 125.
Brissaud, E. 163. 166. 269. 435. 486.
Broca 100.
Brochin 24.
Brodie, B. 339.
Brouardel 635.
Brouawel 191.
Brown, Horace T. 23. 539.
Brown-Séquard, M. 120. 316. 387. 392. 646. 747. 756.
Brücke 162.
Brügelmann, W. 582.
Brüning 388.
Brüninghausen 682.
Bruch, Max 122.
Bruglocher 580.
Brunton, Lauder 46.
Bruntons 703.
Bubnow 213.
Buch, M. 312. 567. 643.
Buchner, Hans 129. 366. 579. 657.
Buhl 238. 243. 287. 596.
Bunge 365.
Burdach 747.
Burkart, R. 119. 335.
Burney, Yeo J. 566.
Buzzard 180.

Cady 416.
Caesalpinus, Andreas 416.
Caffe 359.
Caillol 702.
Calmels, L. 498.
Camerer 467.
Campiglio 674.
Camuset 359. 360.
Capurow 653.
Caradec 24.
Carl, Paul C. 362.
Carré 488.
M'Carthy 408.
Cash, Th. 538.
Caspary, 556.
Casillon 192.
du Castel 87.
Catillon 460.
Cazalis 154.
Cazenave 275.
Ceoret 421.
Championnière 155.
Chaping 190.
Charcot 10. 22. 49. 50. 77. 163. 164. 166. 181. 232. 242. 312. 316. 326. 387. 435. 505. 508. 521. 552. 593. 596. 617. 685. 695. 696. 699. 756. 757.
Chauveau 276. 284.
Cheesman 349.
Chew 701.
Cheyne-Stokes 553. 554.
Chiari, H. 700.
Choostek, Franz 363. 460.
Chopart 72.
Chossat 506.
Christeller, P. 587.
Chvostek 460.
Clarke 326.
Clay, John 493. 607.
Clinton Cushing 493.
Cloiit 175.
Clouston 621.
Coesfeld 433.
Cohn, H. 38.
Cohnheim 149. 591.
Colin 707. 726.
Collan, A. 398.
Colombo Realdo 416.
Concato, L. 90.
Cornil, M. V. 91.
Corre 408.
Costa 296.
Couty 390.
Cowley 72.
Credé 773.
Creighton 274.
de la Croix, Jalan 689.
Cron 30.
Crum 23.
Cruveilhier 87. 508. 509.
Csokor 637.
Curschmann 425.
Czerny 6. 729.

Damaschino, M. 317. 373.
Damaschius 617.
Damsch 267.
Danillo 179.
Dardenne 124.
Dassein 334.
Dauvet 749.
Davaine 126.
Davy 398.
Deboue 699.
Debout-d'Estrées 334.

Debove, M. 292. 319. 662.
Déclat 409.
von Deen, J. 402. 403.
Deghillaye, Emile 716.
Dehio, Karl 634.
Déjerine 243.
Deiters 504.
Delefosse 570.
Delmas 695.
Demouy 94.
Depaul, M. 717.
Dépierre 175.
Depner 117.
Deputation, wissenschaftliche f. d. Medicinalwesen 45.
Desnos 119. 243.
Despins 421.
Desplats 571.
Dessau 416.
Destureaux 566.
Dettweiler, P. 30.
Devaly, 329.
D'ham 413.
Dickinson 596.
Dietl 398.
Dieulafoy 317. 546.
Dochmann 227.
Dogiel, J. 567.
Donath 765.
Donders 180.
Douglas, Aigre 339.
Drognat-Landré, C. L. 680.
Drouin 124.
Duchamp 191.
Duchenne 164. 242. 326. 339. 618.
Duguet, M. 152.
Dujardin 211.
Dujardin-Beaumetz 160. 254. 394. 703. 707.
Dukes 136.
Duménil 243.
Dumontpallier 110. 747.
Durand 324.
Dusch 34.

Eales, H. 92. 307.
Eberth, C. J. 337. 599. 667. 721.
Ebstein, W. 316. 478. 507. 569. 593.
Echwerria 132.
Eckhard, F. 333.
Eckhardt 58.
Edelberg 654.
Edinger, L. 10.
Edleffsen 136. 541. 591.
Egli 402.
Ehrlich 241. 323. 324.
Ehrmann 682.
Eichholt 291.
Eichhorst 243. 376. 518. 630.
Eisenlohr, C. 11. 243. 503. 618. 741.
Eisenmann 488.
Eitelberg 469.
Elben 253.
Eltzmann 265.
Embden v., F. C. E. 158.
Emmet 174.
Enggesser 299.
Eppinger 163.
Epstein, Aloys 69. 419.
Erb 9. 134. 166. 180. 314. 328. 487. 488. 517. 519. 532. 550. 617. 618. 619. 644. 776.
Erlenmeyer 662. 699.
Erlizki 179.
Ermann, Fr. 398.
Esmarch 662. 699.
Eulenburg 28. 45. 159. 233. 327. 488. 659. 727.
Eversbusch 362.
Ewald 238. 299. 429.

Faivre 284.
Falk, F. 509. 555.
Falkson 90.
Fauconneau-Dufresne 596.
Fauconnier 93.
Fauvel 700.
Fayrer 186.
Feder-Voit 525.
Feldbausch 607.
Feltz 334.
Fenwick 594.
Féréol 317.
Fernholz, Joh. 525.
Ferrand 317.
Ferrier 11. 423. 634. 743.
Ferry 488.
Feuerbach, L. Ans. 601.
Fick 135.
Fideig, E. 434.
Fikentscher 383.
Filehne 553.
Filehner 41.
Finger, E. 477.
Finkelnburg 714.
Finkler, D. 17. 81. 353. 364. 385. 387. 506. 545.
Finsen 317.
Fischer Fr. 760.
Fischer, G. 312. 411. 619.
Fischer, K. 480.
Fischl 590.
Fitz 621.
Flechsig 327. 745. 747.
Fleischer 671. 705.
Flourens 23.
Förster 50. 461. 775.
Folet 435.
Forestus 125.
Forster 185.
Fort 716.
Foster 672.
Fournden 488.
Fournier, Alfr. 485. 652. 718.
Fowler 350. 352. 367. 752.
Fränkel 59. 251. 294. 425. 454. 564.
Fräntzel 284. 378. 585. 622. 631. 666.
François-Franck 350.
Frank, P. 421. 425. 437. 710.

Franz, Carl 552.
Fraude 570.
Frédet 153.
Frerichs 358. 790.
Freudenberger, J. 510.
Frey, A. 242. 391. 618.
Friedberg 60. 719.
Friedländer, Carl 503. 750.
Friedreich 50. 74. 193. 264. 280. 295.
Friedrich 202.
Frisch, A. 78. 79. 80.
Fritsche 204. 345.
Fritzsch 86.
Fronmüller 15.
Froriep 520. 521.
Fuckel 424.
Fürbringer, P. 136. 414. 540. 639.
Fürnrohr, H. 708.
Fürstner 713.

Gad, Joh. 506.
Gäthgens 159.
Galliard 648.
Galtier 726.
Ganghofer 17. 19.
Gardien 421.
Garnier 525.
Garrod 68. 593. 594. 596.
Gast 36.
Gaucher, Ernest 378.
Gaujot 749.
Gayet 329.
Geissler 260.
Gélineau 359.
Gendrin 231.
Gerhardt 202. 281. 295.
Gerhart 789.
Gerlach 195.
Gesenius 488.
Gies 415.
Gilette 699.
Glax 414. 649.
Gluge 729.
God 119.
Götz 656.
Gold 775.
Goll 515.
Goltdammer 219.
Goltz 148. 391.
Gombault 618.
Goodhart, James F. 123.
Gore 408.
Gosselin 568.
Góth 753.
Gottstein, J. 23. 203. 781.
Gougnenheim 70.
Gowers, W. K. 39. 75. 103. 200. 311.
Gowers, F. R. 387. 730.
Graham 14.
Grandhomme 388.
Grandidier 322.
Grasset 436. 521. 562.
Grawitz 323. 417. 621.
Graziadei 769.
Greenkow 613.
Greuser, Paul 424.
Greuzer 775.
Griesinger 632. 753.
Grigoriew 117.
Griswold 573.
Grohe 417.
Gross 204.
Gubler 192. 416. 695.
Guder, P. 575.
Günsberg 4.
Günther, A. 479. 771.
Güntz, J. E. 218. 573.
Guérin, Jules 190. 543.
Guermonprez 455.
Guersant 275.
Gull 429. 757.
Guming 618.
Guttmann 119. 131. 184. 302. 393. 543. 592.
Guye, A. 21.

Haakma Tresling 224.
Habel, Louis 525.
Hadden 758.
de Haen 125.
Hager 221.
Hagem 317.
Hagenbach, E. 216. 687.
Hagens 357.
Hager 351.
Hahnemann 573.
Hajek 789.
Haldemann 94.
Hall 416.
Haller 72.
Hallier 659. 706.
Hamdy 159. 160.
Hamilton 317. 685.
Hammond 9. 181. 716.
Hampelns 660.
Hardy 58. 71. 212. 390. 757.
Harley 612.
van Harlingen 484.
Harnack, E. 73. 431.
Hart, A. M. 8.
Harting 50.
Hartmann, Arthur 470.
Harvey 284. 416.
Hasse 781.
Hausmann, Raph. 69. 425.
Hay 561.
Hayem 97.
Hayem - Nachet 387. 598. 629.
Hayer 221.
Hebra 686. 687.
Hecker, v. 320.
Héger 350. 389.
Heidenhain 299. 382. 436.
Heilborn 575.
Heiligenthal 391.
Heine 78. 617.
Heinze 535.
Heinzel 585.
Heitler, M. 523.
Heitzmann 479.
Helfrich 426.
Heller 531. 770.
Hémey 728.
Hemkes 312.
Hennig 382.
Henschen 271.
Herard 317.
Hering 119. 507.
Hermanides 591.
Heron, John 539.
Herrmann 372.

Herterich 580.
Hertz 99. 537.
Hertzka, H. 321. 589. 637.
Hervieux 190. 275.
Heschl 457.
Heubner 670.
Heuckes 121.
Heuck 197.
Heurot 32.
Heusinger 581.
Hewetson 526.
Heyl 484.
Heynsius, A. 555. 712.
Hiffelsheim 284.
Hildebrand 455.
Hindenlang 67.
Hjort 102.
Hirsch, A. 113. 412. 771.
Hitzig 86. 634.
Hoedemaker 777.
Högyes 559. 560.
Hoffer, Ludwig 414.
Hoffmann, 125.
Hofmann, 4. 88. 89. 572. 700.
Hofmeier, J. 623.
Hofmeister, Franz 446.
Hofmokl 663. 666.
Hohl 322.
Holler 121.
Honegger 756.
Homolle 295.
Hopelin 707.
Hoppe 295. 296.
Hoppe-Seyler 552. 712.
Horner 102. 248.
Hoyard 716.
Huber 53. 54. 55.
Hufeland 125.
Hughes 341.
Huguenin 54. 756.
Hun 164.
Huppert 251.
Husson 275.
Husemann 654.
Hutshinsons 461.

Jaccoud 119.
Jacobi 101.
Jacksch 788.
Jacque 350. 639.
Jaeger, J. 752.
Jaenicke, Arthur 526.
Jakoby 372.
Jalland 112.
Jarisch, A. 124. 552.
Jastrowitz, M. 3. 551.
Jehl, C. Apotheke 607.
Ilgner 613.
Immermann 358.
Joffroi 242.
Joffroy 504.
Johnson 157.
Jolly, F. 620.
Israël 708.
Jung, Samuel 259.
Junker 251.
Jurasz, A. 342.
Jürgensen 266.

v. Kaczorowski 597.
Kahler 164. 628. 656.
Kannenberg 210.
Kaposi 469. 561.
Kaschimura 92. 545. 546.
Kaue 784.
Kaulisch, J. 32.
Kauzmann 639.
Keating 470.
Kelsch, A. 98. 635. 684.
Kien, A. 90. 325. 399.
Kiener 598. 684.
Kilian 376.
Kilner, W. 557.
Kirchhoff 634.
Kirsch 39.
Klebs, E. 13. 20. 98. 125. 147. 163. 195. 207. 460. 599. 629. 659. 722.
Kleudgen 711.
Klikowitsch, S. 158.
Knapp, H. 38.
Knipping 369.
Kobert, R. 223. 496.
Kobner, H. 63.
Koch 126.
Kocher 725.
Koeberle 6. 377.
Köbner 15.
Köhnhorn 95. 476.
Kölliker, S. 11. 402.
König, F. 585. 648.
Körting 583.
Koester 19.
Kohlmann 161.
Kohts 215.
Kopczyński 457.
Korach 300.
Kosegarten 70.
Kostjurin, D. 497. 522.
Kowalevski 9.
Kowalewsky 711.
Kraus 13.
Krause 285.
Kretschy 7.
Krieger 578.
Kronecker 555.
Krueg 316. 411.
Kühn, A. 68. 273.
Kühn, G. 586. 660.
Kühne 421. 459. 460.
Kümmel, Herm. 598.
Küssner 113.
Küster, K. 526. 623. 654.
Kugelmann 637.
Kussmaul 10. 99. 164. 165. 242. 330. 391. 618. 731.

Labbé, Léon 419.
Laborde 159. 747. 748.
Laboulbène 255. 530.
Lachmann, B. 663.
Ladenburg 93. 223.
Laffont 41. 120.
Laffter, Th. 515.
Lajoue 32.
Lancereaux 211. 231. 243. 276. 441. 596.
Landois 442.
Landrieux 334.
Landry 598. 619.
Landsberg, E. 638.
Lang, Ed. 784.
Langenbach 699.
v. Langenbeck 25. 26. 27. 192. 425.

Langgaard 44.
Langlebert, Jonathan 124.
Langley, J. N. 495.
Langreuter, G. 739.
Lanzenbuch 662.
Large, E. 109.
Lasègne 213. 311.
Lassar 8. 550.
Latour 231.
Lauderer 169.
Laugdon Down. 200.
Launelongue 706. 707. 726.
Laveran 317. 760.
Lax, E. 592.
Lebell 731.
Leber 102.
Lebert 534.
Lecorché 282.
Leder, V. 495.
Leegard, Chr. 516.
Legg 614.
Lehmann 509. 531. 728. 729.
Leichtenstern, 33. 66. 67. 98. 148. 623.
Leppmann 781.
Leplat 749.
Lesser, Adolph 20. 168.
Letulle, Maurice 521.
Letzerich 167.
Leube 136. 181. 553. 705. 725.
Leuckart 683. 770.
Leudet 316.
Leven, M. 43. 701.
Levinstein, D. Ed. 2. 335.
Levis 157. 174.
Lewin 347. 382. 766.
Lewinski 135. 188.
Lewis 157.
Leyden 24. 25. 49. 50. 51. 52. 53. 167. 242. 293. 307. 326. 373. 379. 394. 414. 427. 443. 487. 598. 617. 618. 663. 666. 762.
Lichtheim 108. 366.
Lieberkühn 450.
Liebermeister 631. 632.
v. Liebig, G. 7. 388. 581.
Liebreich 447.
Lindmann 184.
Lion, Michael 745.
Lister 380.
Litten 214. 238. 271. 569. 591.
Little 777.
Litzmann 338.
Livon 702.
Lobstein 460.
Lochner 57.
Löwig 155.
Longet 271.
Lordat 231.
Lovén 770.
Luchkau 550.
Lucius 388.
Ludwig, E. 396. 544. 572. 590.
Lübben 467.
Lücke 725.
Lüderitz 37.
Lütkemüller, J. 100.
Luton 32.
Lwinski 188.

Mackenzie 77.
Maclaren, Roderich 569.
Maillard 342.
Maixner 446.
Malassez, L. 387.
Malbranc 663. 666.
Malherbe 276.
Malmsten 769.
Maly, Rich. 93. 397.
Manassëin 497. 522.
Mancini 99.
Manouvriez 720.
Mantegazza 118.
Maracci 317.
Marchand 438. 572.
Marey 440. 555.
Marrotte 232.
Martin, Aimé 143.
Martineau 718.
Martius 674.
Maschka 667.
Mason 480.
Masse 123.
Masson 235.
Maurer 733.
Mauriac 485. 738.
Mauthner, J. 544.
Mawer, B. 156.
Mayer 788.
Mayer, G. 666. 698.
Mayer, D. L. 6.
Mayer, Moritz 390.
Mazonn 296.
Meckel 592.
Mégnin 123.
Mehlhausen 771.
Mendel 12.
Meissner 363.
Meister 388.
Meltzer 555.
Mendelssohn, Maurice 440. 502.
Menicre 21. 23.
Menzel 541.
Méplain, F. 29.
Merck 15. 656.
Mering 334. 364. 539. 573.
Merkel 50.
Meschede 437. 642.
Messerer, O. 646.
Meyer 391. 621.
Meyer, A. 132.
Meyer-Hüni 215.
Meyer, H. 431. 606.
Meyer, L. 6. 36. 44. 488.
Meyer, Ludwig 462.
Meyer, R. 533.
Meynert 121. 741. 745.
Michel 203.
Michel, Dr. Josef 192.
Michelson 235.
Milner Moore 345.
Miquel 674.
Mittermaier, K. 32.
Moch 23.
Moeli 291. 551.
Moers 216.
Moissenet 317.
Monakow 246.
Moncorvo, S. 176.

Montard-Martin 317.
Mooren 439.
Morell-Lavallée 250.
Morell-Mackenzie 564.
Moritz 403.
Morosow 117.
Morris, Henry 607.
Mosler 5. 7. 659. 660. 727. 732. 752.
Motschutkofsky 785. 786.
Moure, J. 700.
Mourson, M. J. 152.
Moxon 596.
Mracek 572.
Müllendorf, J. 520.
Müller, 402. 413.
Müller, Franz 137.
Munk 150. 616.
Murchison 58. 372. 594. 660.
Murri, A. 610.
Muskulus 334. 539. 718.

Näcke 260.
Naegeli, O. 27. 28. 277. 657.
Nasse, H. 728.
Nasse, Otto 729.
Nedopil 590.
Neftel 62. 315.
Nega 34.
Neumann, J. 211. 518. 686. 760.
Newton 469.
Nicolas A, 94. 408.
Zur Nieden 769.
Niemeyer 34.
Nienhaus, Cas. 144.
Nolet 555.
Norris 8. 9.
Nothnagel 11. 201. 215. 756.
Nunnelly 173.
Nussbaum, M. 92. 271. 401. 591. 698.

Obalinski 597.
Oberlin 143.
Obermeier 4.
Obersteiner, Heinr. 410.
Oebeke 501.
Oertel 78. 433. 577. 739. 740.
Oks, B. 24.
d'Olier, H. 699.
Oliver 232. 425.
Olshausen 727.
Oppolzer 34.
Ord 757.
Ormerod, J. A. 59.
Orsi 612.
Orth 267. 420.
Oser, L. 731.
Osthoff 309.
Ott 310.
Otto 758.
Oulmont, P. 61. 650.

Padieu 189.
Paget 58.
Pagliani 673. 674.
Pagnelin 191.
Pallen 377.
Pannus 666.
Panum 396.
Parise 652.
Parona 674.
Parrot 231.
Pasqua 95.
Pasteur 403. 404. 510. 707. 726. 727.
Paul 436.
Paulier 249.
Paulow 386.
Peabody 472.
Peakock 185.
Péan 6.
Peckolt 674.
Pélan 533.
Pelouze 14.
Pelz 607.
Penzoldt, Franz 108. 570. 681.
Périer 155.
Perret 638.
Perroncito, E. 90. 403. 674.
Personne 14.
Petri, E. 672.
Pettenkofer 277. 771.
Peyer 539. 632.
Pfeufer 759.
Pfleger 121. 312.
Pflüger, E. 7. 8. 313. 355.
Pfuhl 25. 27. 761.
Philipson 198.
Pick 164. 221. 392.
Picot 108.
Pierret 243.
Pierson 11.
Pilz 682.
Pinkham 737.
Pinner, O. 510.
Pitres, A. 10. 361.
Pitschpatsch 743.
Plòsz 93.
Plumert 383.
Podwyssotzki, W. 527.
Poensgen 301.
Politzer 203.
Poncet 324.
de Poncy 702.
Ponfick 108. 550. 597.
Popoff 636. 637.
Popper 613.
Port 225.
Portal 154.
Posada Arango 63.
Posner 271. 764.
Potain 47. 295. 448.
Potair 556.
Preisendörfer, P. 559. 643.
Pribram 17. 18. 19.
Priessnitz 543.
Proels 118.
Pürkhauer 159.
Purkinje 111.
Purrèt 180.

Quincke, H. 289. 625. 630. 634.
Quinquaud 434.

Racine 23.
Ragosin, L. 502.
Rank, C. 617.
Ranke 136. 288. 381. 609. 615.

Ranvier 179. 518. 519.
Ranzow 39.
Rassmann 729.
Rashery 230.
Rathery 230.
Rauber 646. 728.
Rayeckshy 450.
Rayer 125.
Raymond 93.
Raynaud, Maurice 211. 212. 342. 706. 707. 709. 726. 749. 750. 757.
Recklinghausen 72. 599. 621.
Redtenbacher 277.
Regnard 788.
Regnault 506.
Rehn 215.
Reichel 105.
Reiset 506.
Remak 12. 488. 503. 618.
Remy, Ch. 11.
René, A. 341.
de Renzi 319.
Revillont, V. 268.
Reynier P. 250. 394.
Rhazes 125.
Rheder, B. 167.
Rheinstädter, A. 713.
Ribbert, H. 92. 271. 290. 301. 385. 591. 762.
Richard 187.
Richardson 154. 473.
Richer, P. 696.
Richet, Ch. 269. 394. 435.
Richter 15.
Riedel 760.
Riedinger 57. 163.
Riegel 442. 663.
Riess, L. 388.
Rigal 164.
Rindfleisch 445. 457. 603.
von Rinecker 391. 617.
Ringer, S. 494.
Ripley 748.
Ripping 102. 619.
Risel 223.
Ritter 334. 753.
Robin 49. 50.
Roehmann 277.
Rockwell 470.
Röhrig 139. 140.
Roger 191. 275. 617.
Rokitansky 185. 287.
Roorda Smit, J. A. 158.
Roosa 575.
Rose 262. 413. 560.
Rosenbach, Ottom. 107. 296.
Rosenbach 436. 521. 551. 553.
Rosenblum, A. 24.
Rosenmüller 564.
Rosenstein 34. 65. 66. 310. 383. 426.
Rosenthal 190. 262. 265. 367. 488. 507. 576. 678.
Rosolimos 284.
Rossbach, M. J. 21. 167. 473. 688.
Rossignol 717.
Roth 106. 346. 617.
Rouanet 553. 554. 555.
Roze 190.
Royer 275.
Rühle 1. 509. 789.
Rumpf, Th. 392. 439. 504.
Runeberg, J. W. 136. 380. 492. 540. 764.
Rupert, J. 661.
Rupprecht 498.
Rutgers, J. 531.
Rutherford, W. 138. 139. 140.

Sachse, Paul 16
Salkowski 206. 338. 415. 459. 525.
Salomon, B. 228. 338. 437.
Samt 756.
Samuelson, B. 396. 635. 666.
Sandras 72.
Sarpi 416.
Sassezky 154. 442.
Satterthwaite 74.
Saundly 92.
Schaefer, Max 566.
Schaefer, S. 655.
Schech 342. 343. 345.
Schede 725.
Scheiber 541.
Schiel, J. 563.
Schiff, M. 63. 74. 271. 280. 316. 400.
Schmidt, Moritz 425. 533. 539. 619.
Schmitz, Richard 566.
Schnitzler, J. 204. 344. 345. 522.
Schottelius 452.
Schreiber, A. 537. 663.
Schreiter 176.
Schrötter 567. 740.
Schubert, P. 100.
Schücking 421.
Schüle, H. 422.
Schüler 735.
Schueppel 146. 253.
Schütz, Jakob 98.
Schulte 206.
Schultze 25. 56. 86. 234. 281. 392. 422. 489. 617. 618.
Schulz, H. 365. 366. 702.
Schulz, Rich. 392. 486.
Schwalbe, C. 43.
Schwann 519.
Schwark 449.
Schwimmer 125.
Scoda 34.
Sée, G. 720.
Seegen 526.
Seeligmüller, A. 5. 104. 248. 488. 715. 777.
Seligmüller 248.
Seggel 610.
Seguin 164.
Seiler, H. 789.
Seitz 34. 252. 295.
Semmer 631.
Semon 305.
Sénac 284.

Senator 206. 427. 441. 545. 565.
Serres 125.
Servet, Michael 416.
Sigg 425.
Sigrist, W. F. 151.
Simmonds, M. 641. 681. 683.
Simmons 503.
Simon 191.
Simons 7.
Sims 174. 377.
Singer, Jakob 111.
Sinin 372.
Siredey 488.
Sklifassofsky 750.
Slingenberg, B. 530.
Smith, Dew. 159. 672.
Smith, L. 478.
Snell 121.
Socquet 720.
Solaweitschyk, J. 447.
Solowieff 685.
Soltmann, O. 159.
Sombault 685.
Sommer 311.
Sommerbrodt 42. 113.
Sonderegger 602. 683.
Sonné 191.
Sonnenburg 20. 394. 654.
Sorre 154.
Soyka 276. 658.
Spiess 669.
Spitz 370.
Spörer, C. H. 502.
Squibb 174.
Stark 104.
Starke 379.
Steffen 216. 688.
Steiner 159.
Stellwag v. Carion 102.
Stenger 633.
Stern, Emil 272. 451.
Stewart 125.
Stiller, Bertr. 569. 731.
Stintzing 370. 372.
Stoerk 564.
Stoffella 34.
Stokes 252. 789.
Stokvis 271. 553. 555.
Stolnikow 357.
Stone 459.
Strauss 105. 419.
Stricker 277. 462. 541. 552.
Strömberg, C. 495.
Strube 632.
Strübing, P. 599.
Strümpell, A. 328. 740.
Struve 60.
Stüler 124.
Subbotin 655.
Sutton 429. 730.
Swiakowsky, W. W. 372.
van Swieten 125.
Sydenham 125.
da Sylva Aranjo 176.
Sylvius 125.

Takacz 293.
Talma 34. 553. 555. 660.
Talmy 408.
Tamburini 121.
Tappeiner 529. 597.
Tarchanoff 421.
Tardieu 653.
Tarnet 158.
Tauret 254.
Taylor 639.
Teissier 437.
Tellegen, A. O. H. 99.
Tenneson 135.
Terrillon 154. 155.
Teuffel 362.
Thenée 454.
Thibaut 636.
Thibierge, Georges 568.
Thierfelder 398.
Thiernesse 729.
Thoma 238. 429.
Thomas 37. 38.
Thomayer, J. 362.
Tiesler-Klemm 376.
Tillaux 250.
Tissot 125.
Toeplitz 57.
Tollin 416.
Tommasi-Crudeli 162.
Topinard 488.
Torak 421. 422.
Tornwaldt 759.
Toulmouche 653.
Toussaint, M. H. 118. 403. 409.
Töynbee 105.
Traube 34. 65. 66. 67. 167. 188. 230. 306. 310. 429. 442. 664.
Treille 769.
Trendelenburg 78. 79.
Treub, Hector 163. 654.
v. Tröltsch 105. 216.
Trommer 526.
Trousseau 12. 71. 148. 281.
Trozda, Jos. V. 378.
Tschirjew 441.
Türck 745.
Türk 102.
Tunette 638.
Turnbull 173.
Tutschek 583.
Tweedy 223.

Uffelmann, J. 473.
Ultzmann, R. 136. 491. 717.
Ummethun 654.
Ungar, E. 367. 368. 49.
Unruh 277.
Unverricht 236.
Unzer 125.
Upshur 14.

Vaida 542.
Vallein 282.
Valleix 69.
Vallin 632. 679.
van den Velden 299. 474.
Vidal, A. 29. 45. 419.
Vierordt 118.
Vincent 180. 644.
Vintschgau 398.
Violet 209. 422.
Virchow 12. 39. 195. 329. 396. 521. 622. 631. 680. 744.
Vitry 124.

Vogel 136. 277.
Voigt 7.
Voisier 316.
Volkmann 330. 713.
Voltolini 23. 104. 328.
Volz 771.
Voorhoeve 205.
Voss 571.
Vulpian 41. 152. 166. 231. 243. 360. 387. 487. 756.

Wachsmuth 326.
Waelle, H. 556.
Wagner, E. 671. 728. 170. 602. 669.
Wagner, Julius 119.
Wagner, W. 456.
Waldenburg 266. 535.
Walder 54.
Waller 242. 518.
Walton 306.
Ward Richardson 341.
Wassiljew 363.
Watson 509.
Weber, E. 135.
Weber, E. H. 402.
Weber-Liel 575.
Wedl 132.
Wegscheider, Hans 623.
Weigert 36. 43. 237. 238. 239. 324. 426. 602. 603. 670.
Weil, A. 15. 65.
Weiss 147. 262. 292.
Weiss 12.
Welch 635.
Wellenbergh 249.
Wenzel 82.
Werner 356.
Wernich 95. 465. 657.
Wernicke 741.
Wernitz 307.
West 421.
Westphal 12. 124. 166. 257. 278. 279. 293. 487. 598. 746.
White, T. P. 528.
Wiedemann, Eugen 145.
Wilckinghoff 463.
Williams, A. C. 86. 296.
Williams, F. 527. 606.
Willich 166.
Willkocks, Fréderic 97.
Wilms 463.
Wilson, Fox 709.
Winiwarter 78.
Winternitz 105. 265.
Wintrich 295.
Witherle 306.
Witkowski 698.
Wittich, v. 271. 764
Woillez 709.
Wolff, Dr. A. 177. 402. 442.
Woodward 198.
Wornus 164.
Worms 521.
Wortabeh 462.
Wucherer 673.
Wunderlich 264. 632.
Wyss 194.

Yeo Burney, J. 380. 566.
Young Davin 112.

Zander 14. 93. 329.
Zaufal 89. 425.
Zaufel 46.
Zawerthal, W. H. 563.
Zeiss 387.
Zeissl 400.
Zenker 50. 51. 628. 713.
Ziegler 237.
Ziem 202.
von Ziemssen 510. 159.
Zimmermann 125. 777.
Zittmann 400.
Zuber 696.
Zuem 147.
Zundel 403.
Zunker 245.
Zweifel 422.

## Sach - Register.

Abscess der Thoraxwand 749.
Acid. chrysophanicum 144.
Aconitinum 224.
Aconitin, Neuralgien 61.
Aconitknollen — über eine Art japanischer Kasa usu 44.
Acupunctur des Herzens 190.
Aether, zur Anästhesirung des Kehlkopfs 473.
Affection locale nervoese 339.
Albuminurie 271.
Albuminurie bei Diphtherie 610.
Albuminurie bei Epilepsie 711.
Albuminurie, Erklärung 430.
Albuminurie, Gesunder 136. 380. 540.
Albuminurie, hämatogene 763.
Albuminurie, transitorische 590.
Alizarin 389.
Alkaloide, Zurückhaltung in Organen 389.
Alkohol, Einfluss auf den Stoffwechsel 388.
Alkohol gegen Bacterien 691.
Alkohol in den thierischen Geweben 213.
Alkohol-intoxication 211.
Alopecia (Pilocarpin) 222.
Aluminium-acetat gegen Bacterien 690.
Amaurose bei Bleivergiftung 100.
Ammoniaksalze. Einfluss auf Zuckerausscheidung 302.
Ammonshorn, Schrumpfung und Sklerose desselben bei Epilepsie 121.
Ammonshorn bei Epilepsie 311.
Amylnitrit 703.
Amyloidniere 671.
Anaemie, Anchylostomen 683.
Anaemie, Blutkörperchen 629.
Anaemia cause of heart disease 123.
Anaemie perniciöse 289. 628.
Anaemie progn. pernic. 323.
Anaesthesie bei multipler Sklerose 393.
Anaesthesie locale, und Aethylbromuer 154.
Anaesthesirung des Kehlkopfs 473.
Anchylostoma Dubini 673.
Anchylostomiase, 90.
Ancylostoma duodenale 602.
Aneurysma 567.
Aneurysma der Anonyma 282.
Aneurysma der Aorta 394. 730.
Aneurysmen des Aortenbogens 59.
Aneurysma des Truncus anonymus 586.
Angina pectoris regulat. 643.
Angine couenn. 216.
Anilin 389.
Anilismus 389.
Antagonismus der Gifte 495.
Anthrax 306.
Anthropometrische Untersuchungen 677.
Antimonverbindungen 447.
Antipyretica bei Recurrens 370.
Antipyreticum Resorcin 366.
Antiseptica 307.
Anurie calculeuse 135.
Anus artificialis 750.
Aortenaneurysma 730.
Aortenaneurysma, Ruptur in die Pleurahöhle 472.
Aortenaneurysma und chron. Lungenentzündung 650.
Aortenenge bei Anaemie 630.
Aortenerkrankung, Amylnitrit 703.
Aorteninsufficienz, Ursache 651.



Aortenklappenzerreissung 184.
Apathie nach Eisen 606.
Aphasie 104.
Aphasie atactische 10.
Aphasie nach Bleivergiftung 378.
Aphasie bei Hypnotismus 435.
Aphasie, nach Malaria 99.
Aphonia spastica 204.
Aphonie bei Stimmwarzenkrampf 342.
Apomorphin 672.
Apoplexie und Körpertemperatur 410.
Area Celsi 234.
Arnica montana 463.
Arsen, Injection 752.
Arsenik und Propylaminin gegen Chorea minor 159.
Arsenwirkung 702.
Arteriengeräusche bei pern. Anaemie 289.
Arteriitis obliterans 268.
Arthropathie bei Tabes 293.
Arzneien und Pilze. 350.
Arzneien und pflanzliche Organismen 367.
Ascariden 455.
Aspermie 265.
Asphyxie, Behandlung mit farad. Ström. 479.
Asphyxie, locale symmetrische der Extremitäten 757.
Asphyxie, warmes Bad 716.
Aspidospermin 570.
Aspirator bei Darmverschluss 569.
Asthma, Blutdruck 589.
Asthma cardiales 251.
Asthma, Schallwechsel bei — 297.
Asthma u. Inductionsstrom 566.
Ataxie, acute 294.
Ataxie und Nervendehnung 699.
Atelectasis medullae spinalis — eine Hemmungsbildung 74.
Atelectasis medullae spinalis 280.
Athetose 9. 181.
Athmung, künstliche 552.
Athmung, Regulirung 506.
Atropin und Morphium 157. 735.
Atropin 495.
Atropin, Herz 672.
Atropinvergiftung, chronische 21.
Audiometer 341.
Augenentzündung der Neugeborenen 773.
Augenmuskeln, Parese derselben durch Kohlendunstvergiftung 38.
Auswurf bei infect. Pneumonie 310.
Azoospermie 265.

Bacillus Malariae, im Erdboden von Selinunte s. Campobello 162.
Bacterien, Entstehung 677.
Bacterien gegen Antiseptica 689.
Bacterien, Unterschied von Schimmelpilzen 418.
Bad bei Typhus 357.
Bains de vapeur, Recherches physiologiques 109.
Balantidium coli 770.
Balneotherapie der Herzfehler 649.
Barytsalze, Herz 672.
Basilarmeningitis, das Verhalten des Rückenmarks und seiner Häute bei tuberkulöser und eitriger 86.
Belladonna bei Keuchhusten 216.
Benzoëfrage 206.
Benzoësäure gegen Bacterien 693.
Benzoësaures Natron bei Diphtherie 399.
Bergkrankheit 581.
Beri-Beri 661.
Bewegungsstörung, vorübergehende, der untern Extremitäten bei Kindern. — Ueber eine noch wenig gekannte Form derselben verbunden mit dauernder Taubheit 104.
Bicyanatum hydrargyri 218.
Bicyanuretum hydrargyri 383.
Bigeminie 665.
Bilharzia haematobia 462.
Blasencatarrh, Alkalescenz 717.
Blasenfunction bei Tabes 293.
Blasenschleimhaut, Resorptionsvermögen 671.
Blausäure, Nachweis 544.
Bleikolik 498.
Bleilähmung 246. 503.
Bleivergiftung 276.



Bleivergiftung, Aphasie bei 378.
Bleivergiftung, Blutdruck 589.
Bleivergiftung, Geisteskrankheit 247.
Blennorrhagie, Du traitement de la — par l'hydrate de chloral en injections uréthrales 95.
Blennorrhoe der Nase 202.
Blennorrhoe, Urethrale 542.
Blitz, Wirkung des — auf den thier. Körper 201.
Blut nach Eisenvergiftung 606.
Blut, Pathologie des 289. 625.
Blut, Veränderung in Krankheiten 434.
Blutdruck bei Albuminurie 382.
Blutdruck bei Carbolsäure 415.
Blutdruck, Einfluss des erhöhten — auf das Endocardium 213.
Blutdruckmessung an Menschen 587.
Bluterguss im Wirbelkanal 339.
Blutkörperchen, Lebensdauer 628.
Blutkörperchen bei Uraemie 637.
Blutkörperchen, Vertheilung in den Capillaren der Haut 497.
Blutkörperchen, Zählung 498. 387.
Blutung aus den Ohren bei einem Erhängten 88.
Blutuntersuchung pathol.-chem. 228.
Body-Weight, on the Loss of — after Epileptic Attacks 9.
Borsäure gegen Cystitis 576.
Borsalicylsaures Natron gegen Bacterien 691.
Brachiofaciale Monoplegie 743.
Bradyphasie 10.
Brom antifermentat. 307.
Brom, narkot. Wirkung 558.
Brom gegen Bacterien 693.
Bromkali bei Tabes 294.
Broncehaut 438.
Bronchial-Asthma 49.
Bronchiectasie, angeborene 621.
Bronchitis crouposa 378.
Bronchopneumonie 282.
Broca'sche Localisation 435.
Bulbärlähmung, apoplectische 740.
Bulbärparalyse, amyotrophische 325.
Cania Papaia 637.
Cannabis indica, Grimault's „Indische Cigaretten“ 175.
Cantharidinvergiftung, über die Nierenaffection bei langsamer 91.
Capsula interna, Läsion 756.
Capsules d'Huile de Gabian, Traitement des maladies de poitrine par les 64.
Capsules surrénales, sur quelques alterations des 152.
Caput gallinaginis, Vergrösserung 445.
Carbolintoxication 654. 719.
Carbolsäure, antipyret. 571.
Carbolsäure gegen Bacterien 691.
Carbolsäure, Wirkung 415.
Carcinom u. Chiosterpentin 607.
Carcinom der Genitalorgane 493.
Cardiac Disease, Three Cases of Anomalous 77.
Cardiogramm 310.
Carotiscompression gegen Geruchsneuralgie 281.
Carotis thrombose 681.
Cataracta incipiens, über die galvanische Behandlung derselben 62.
Catheterisation, die — des Magens 14.
Cavernen, Schallwechsel bei 299.
Centralnervensystem und Quecksilber 364.
Centrum, psychomotorisches f. Gesicht 453.
Centrum ovale, Syphilom 633.
Cerebrale Localdiagnostik 756.
Cerebrallocalisation 453.
Cerebralthermometrie 710.
Cerebrospinalaxe, Gliome in der 391.
Ceriumoxalat 349.
Champignons, toxische Wirkung 240.
Chinarinde 302.
Chinesische Arzneimittel 175.
Chinidin 304.
Chinin 302.
Chinin bei Intermittens 357.
Chinin gegen Mikroorganismen 303.
Chinininjectionen, Beitrag über subcutane 15.



Chinin, Wirkung 575.
Chininum tannicum 687.
Chinoidin bei Intermittens 387.
Chinolin 765.
Chiosterpentin 493.
Chiosterpentin bei Magencarcinom 607.
Chlorausscheidung im Fieber 277.
Chlor antiferment. 307.
Chlor gegen Bacterien 693.
Chlor narkotische Wirkung 558.
Chloralhydrat 784.
Chloralhydrat, Blutdruck 589.
Chloralhydrat in Diabetes 333.
Chloralwirkung, Beitrag zur 124.
Chlorbestimmung des Harns 525.
Chloroform gegen Bacterien 691.
Chlorose, Blutfarbstoff 629.
Choc vom Peritoneum 394.
Cholera der Hühner 403. 408. 409.
Cholera, parasitäre Lehre 771.
Chorea, Beiträge zur Pathogenese und Symptomatologie der — und zur Beurtheilung des Verhältnisses zur Athetose 181.
Chorea des Herzens 12.
Chorea senilis 520.
Chorea, zur pathologischen Anatomie der 11.
Chromocytometer, das — Neues Instrument zur Bestimmung des Haemoglobingehaltes des Blutes 118.
Chrysophansäure 15.
Chylurie 346.
Cinchonin bei Kinderdiarrhoe 416.
Cinchonin 304.
Circulationsstörung bei Nephritis 238.
Circulationssystem und Quecksilber 364.
Clima auf Madeira 480.
Collaps bei Albuminurie 590.
Coma 325.
Compression der motor. Hirnzone 361.
Compression des Vagus durch Aneurysma 282.
Conchinin 510.
Condurango, Furunculosis nach 573.
Coniin 432.
Constipation 307.
Constitution 675.
Constitution, neuropathische 392.
Contracturen 269.
Contracturen bei Hemiplegie 745.
Convulsionen bei Carbolintoxication 655.
Convulsionen bei centraler Sclerose 291.
Coordinationsanomalie bei centraler Sclerose 291.
Coordinationsstörung und galvanische Bäder 436.
Coronararterien, Verschliessung 634.
Coronararterien, Verschliessung u. Herzaction 396.
Corpuscular Element in the Blood, on the Discovery of an Invisible or Third 8.
Cortico-musculare Leitungsbahnen, Degeneration der 745.
Creotinsaures Natron bei Recurrens 371.
Crises gastriques 293.
Croup des Darms 449.
Croup, gemeiner 609.
Croupöse Pneumonie, Schallwechsel bei 297.
Cuir chevelu, sur l'état anatomique comparé à différentes ages de la vie et dans certaines conditions pathologiques 11.
Cuprum sulfuricum bei Syphilis 400.
Curare, Herz 672.
Cyan, Wirkung auf den thier. Organismus 365.
Cyste am Blasengrund 401.
Cystisch degenerirte Milz; Splenotomie bei 6.
Cystitis 477.
Cystitis, Behandl. mit farad. Strom 479.
Cystitis und Borsäure 576.

Dampfbäder 391.
Darmatonie 655.
Darmentzündung nach Eisen 606.
Darmgeschwüre bei Phthisis 476.

Darmverschliessung 216.
Darmverschliessung, geheilt durch Electricität 411.
Darmverschluss u. Aspirator 569.
Decubitus acutus bei Thrombose 422.
Degeneration der Nerven 517.
Degenerationsherde, multiple 279.
Deglutinationsstörung 634.
Delirium 192.
Delirium acutum 713.
Delirium tremens 260.
Dementia paralytica 291.
Dementia paralytica und Körpertemperatur 411.
Desinfection 465.
Desinfectionsmassregeln 466.
Diabète maigre; les symptomes son évolution, son pronostic et son traitement; les rapports avec les altération du pancreas. — Etude comparative du Diabète maigre et du diabète gras. Coup d'oueil rétrospectif sur les diabètes 71.
Diabetes und Chloralhydrat 333.
Diabetes und Neurose 708.
Diabetesneuralgie 521.
Diabetes und Pancreaserkrankung 353.
Diabetes, Pilocarpin bei 414.
Dickdarmlähmung 569.
Digestionsorgane gegen Hühnercholerainfection 405.
Digitale, Des indications de la 47.
Digitalis — Poisoning by 156.
Digitalis und Blutdruck 527.
Dilatation des rechten Herzens 566.
Diphtherie, Aetiologie 577.
Diphtherie, Behandlung 434.
Diphtherieintoxication 623.
Diphtherie, Tenonitis bei 484.
Diphtheritis 98.
Diphtheritis, Aetiologie 609. 737.
Diphtheritis-Behandlung 398. 514.
Diphtheritis, Cubeben bei 250.
Diphtheritis des Darms 449.
Diphtheritis Pilocarpin 543. 592.
Doliarin 673.
Doppelempfindung bei Tabes 313.
Doppelreflexe bei Tabes 313.
Drüsen und Quecksilber 365.
Duboisin, über das 93. 192.
Ductus thoracicus, Krebs desselben 43.
Dünndarm, hydrolytische Wirkung 539.
Dysphonia spastica 345.

Eau de vie — action de l' — et du vin sur la digestion 43.
Ecchymosen, forensische Studien über subpleurale 190.
Echinococcuscysten 317.
Echinococcuscysten, Injection in 318.
Echinococcus des Herzens 667.
Echinococcus und spontane Fractur des Oberschenkels 39.
Eclampsie 325.
Eczem mit Dyspnoe 316.
Eisenbahnverletzungen 257.
Eisenreaction bei Anaemie 289.
Eisenwirkung, acute 606.
Eiwanderung 510.
Eiweissausscheidung 271.
Eiweiss, Verhalten gegen Tannin 766.
Elasticität, Knochen 646.
Electricität, Anwendung excl. Nervenkrankht. 479.
Electricität bei Darmverschliessung 411.
Electrotherapie 563.
Eléphantiasis des Arabes, sur le traitement de le — par l'emploi simultané des courants continus et des courants intermittens 176.
Embolie bei Geisteskranken 620.
Embolie, Muskelveränderung bei 214.
Embolie und Körpertemperatur 410.
Empyem 217.
Empyem Behandlung 583.
Empyem, Behandlung desselben durch Punktion mit Ausspülung 92. 545.
Empyem, Operation 379. 648.
Empyem, operat. Bhdlg. 565.
Empfindungsleitung bei Tabes 293.
Endocarditis 522.



Endocarditis, foetale 287.
Entartungsreaktion 516.
Entwicklungsanomalien für Herzfehler 287.
Ependym bei centraler Sclerose 291.
Ependym. — Ueber die Mitbetheiligung desselben an den pathologischen Veränderungen des Gehirns und seiner Häute bei Geisteskranken 102.
Ephemera 727.
Epidermis, period. Abstossung 651.
Epiglottiscyste 700.
Epilepsie, Ueber die nächtliche — und ihr Verhältniss zum Somnambulismus 132.
Epilepsie 437.
Epilepsie, Albuminurie 711.
Epilepsie, Entstehung 311.
Epilepsie, Körpergewicht 711.
Epilepsie u. Körpertemperatur 410.
Epilepsie und Ovariotomie 377.
Epilepsie, Pathogenese der 213.
Epilepsie durch Präputialverklebung 503.
Epilepsy — Lectures on I. 39. II. 75. III. 103.
Epistaxis 307.
Epistaxis bei Lebercirrhose 525.
Epistaxis, De l' — grave 153.
Erblichkeit 677.
Erbrechen bei Incontinentia pylori 509.
Erfrierung, über einen Fall von — behandelt mit Pilocarpin 29.
Ergotin bei Uterusfibrom 493.
Ergotin, Blutdruck 589.
Ergotin gegen Aneurysma 730.
Ergotin-, über subcutane — injection 192. 591.
Ergotinvergiftung 470.
Ergotine, Note sur l' —, ses inconvénients et ses dangers 158.
Erkältung, über 8.
Ermüdungsepilepsie 437.
Ernährung, vom rectum 460.
Erregbarkeit der Muskeln bei amyotr. Lateralsclerose 292.
Erstickungstod, die subpleuralen Ecchymosen bei demselben 167.
Ertrinkungstod, ein Beitrag zur Aetiologie desselben 27.
Ertrunkene, Verwendbarkeit des Schultze'schen Handgriffs bei denselben 93.
Eruption, allgemeine nach Vaccination 190.
Erwürgungsversuch, über ein neues Zeichen desselben 60.
Erythème papuleux généralisé, Erythème noueux des jambes, papules des conjonctives, Rheumatisme articulaire subaigu des articulations metacarpo-phalangéennes, tibio-fémorales et tibiotartiénne 70.
Etat crétinoide 757.
Etrangers corps du larynx et dans les bronches 63.
Eucalyptol 203.
Eucalyptol gegen Bacterien 693.
Eucephalopathie saturnine 246.
Exantheme bei Tabes 293.
Excision der syphilitischen Initialsklerose 400.
Expériences montrant que l'anesthésie due à certaines lésions du centre cérebro-rhachidien peut être remplacée par l'hyperesthésie, sous l'influence d'une autre lésion de ce centre 120.

Faba Calabarica 655.
Faecalstauung 568.
Färbung der Typhusbacillen 338.
Faisceau pyramidal, Séméiologie generale des degenerations secondaires du 166.
Faradisation 479.
Farbstoffgehalt des Blutes bei Anaemie 290.
Febris intermittens 227.
Febris recurrens — Mittheilungen über dies. 37. 785. 786.
Febris recurrens, zur Histologie des Blutes bei derselben 131.
Fermente, ungeformte — u. Antiseptica 307.
Fermente, Wirksamkeit erhitzter 459.

Ferrum dialysatum — Zusammensetzung u. Eigenschaften des 14.
Ferrum sesquichloratum bei Diphtherie 398.
Fett bei Diabetes 228.
Fettembolie bei Geisteskranken 620.
Fett und seine Componenten, Zur Kenntniss der Bedeutung derselben für den Stoffwechsel 150.
Fettverdauung 538.
Fibrincylinder 205.
Fibrinurie 605.
Fibrome 216.
Fibrome der Lunge 457.
Fieber, Aetiologie 306.
Fieber, Herzkontraktion und Gefässspannung 442.
Fieber, Wachsthum 695.
Fièvre typhoide, Etiologie de la — dans les campagnes 84.
Filaria sanguinis und Chylurie 346.
Flatulenz 655.
Flecken, blutverdächtige, Beitrag zur gerichtlich-chemischen Untersuchung derselben 60.
Flecktyphus 659.
Fleisch bei Perlsucht 196.
Fleisch tuberkulöser Rinder 513.
Fleischvergiftungen, über — mit specieller Berücksichtigung der „Typhusepidemie" 53.
Fütterungstuberkulose 267.
Furunkulose nach Condurango 573.

Gallen-Ergiessung in die Peritonealhöhle 187.
Gallencysten bei Tuberculose 642.
Gallensäure bei Chylurie 347.
Gallensteine 380.
Gallensteine, Verschliessung der Gallenwege 443.
Galvanismus 480.
Galvanisation bei visceralen Neuralgien 315.
Galvanisation gegen Trismus 282.
Galvanische Bäder 436.
Galvanismus gegen morbus Basedowii 470.
Gangraena pulmonum 424.
Gangrän bei Kriebelkrankheit 373.
Gangrän bei Leukämie 705.
Gangrän bei Nephritis 319.
Gangrän, plötzlicher Tod 652.
Gase, brennbare bei Hautemphysem 300.
Gastrisches Fieber 732.
Gastritis 723.
Gaumen, Beitrag zur Funktionslehre des weichen — und des Pharynx 90.
Gebirgsaufenthalt bei Anaemie 290.
Geburt und Malariainfection 753.
Gefässe, Verhalten gegen Ströme 439.
Gefässlähmung nach Eisen 606.
Gefässspannung im Fieber 442.
Gehirnabscess 259.
Gehirn, Accomodationsfähigkeit 756.
Gehirnanämie bei Chorea 183.
Gehirnatrophie bei Sclerose 394.
Gehirnbewegungen 502.
Gehirnblutung in der capsula externa 390.
Gehirnembolie und Hemiopie 424.
Gehirnerscheinungen bei Rheumatismus 709.
Gehirnerweichung d. Infection 515.
Gehirn gegen Carbolsäure 415.
Gehirnhämorrhagie 378.
Gehirnkrankheiten, Einfluss auf Lungenphthise 390.
Gehirnkrankheiten, locale 501.
Gehirnkrankheiten, Oeynhausen 531.
Gehirnlocalisation 695. 756.
Gehirnnerven bei Tabes 292.
Gehirnphysiologie 391.
Gehirnrinde, mikroparasitäre Invasion der 290.
Gehirnrinde, Bewegungen 390.
Gehirntumor 550.
Gehirn-u.Rückenmarkssclerose 393.
Gehirn, Urämie 636.
Gehirnverletzung 324.
Gehörorgan gegen Chinin 575.
Geisteskrank, Drei Brüder gerichtlich als g. erklärt 105.
Geisteskrankheit und Körpertemperatur 411.

Gelbfieber 481.
Gelbsucht, über die — der Neugeborenen 209.
Gelenkaffection, nervöse 339.
Generationsorgane und Nervosität 713.
Geschwüre, Kehlkopf 534.
Gesichtseindrücke bei Exstirpation der Sehsphären 617.
Gicht 593.
Gicht, Ausgang 596.
Gicht, Magen und Leber 594.
Gichtniere 595.
Gifte, über die Gewöhnung an 21.
Gliom des Halsmarks 743.
Gliome multiple 391.
Glomerulonephritis 762.
Glosso-pharyngo-labial-Paralyse 634.
Glottisoedem und Haematom 759.
Glycérine contre les hémorrhoides internes 112.
Goapulver 15.
Graue Degeneration, Ueber den Zusammenhang zwischen Syphilis und — der Hinterstränge 12.
Granular kidney, The state of the retina in one hundred cases of 92.
Granulirte Niere 670.
Grosshirnrinde, Sehsphäre der 616.
Guajacum, On — in Haematuria 14.
Guinoïdine, De la 124.

Haemacytometer 387.
Haematom der aryepiglottischen Falten 758.
Haematuria, On Guajacum in 14.
Haematuria vesicalis 570.
Haemoglobin in Krankheiten 434.
Haemoglobinkrystalle, über ein Verfahren zur Darstellung derselben 132.
Haemoglobinurie 357. 610.
Haemoglobinurie bei Scarlatina 309.
Haemoglobinurie bei Vergiftung mit Kali chloricum 572.
Haemoglobinurie, periodische, Beitrag zur Lehre von derselben 107.
Haemometry, A Contribution to Clinical 97.
Haemophilie 321.
Haemorrhagia cerebri 378.
Haemorrhagie bei Hysterie 230.
Haemorrhagie, neuropathische 231.
Haemorrhagische Diathese und dadurch contraindicirte operative Eingriffe bei Leukaemie etc. 5.
Hängebauch, Behandlung mit farad. Strom 479.
Halbseitenläsion 392.
Halsmark, Gliom des 743.
Harn bei Anaemie 290.
Harn bei Benzoëvergiftung 207.
Harn, Blasenkatarrh 718.
Harn bei Diabetes 334.
Harn, Drehungsvermögen 526.
Harn bei Haemoglobinurie 358.
Harn bei Icterus neonatorum 420.
Harn, Reductionsvermögen durch Urochloralsäure 334.
Harn, Rundwürmer im 541.
Harn bei Vergiftung mit Kali chloricum 572.
Harngährung, ammoniakalische 540.
Harnstoffausscheidung bei Diabetes 229.
Harnstoffausscheidung bei Leberaffectionen 635.
Harnstoffausscheidung, über den Einfluss des Elektrisirens der Leber auf dieselbe 151.
Harnstoff nach Alkoholeinfuhr 388.
Harnstoff, über die quantitative Bestimmung des 7.
Hautemphysem 300. 301.
Hautemphysem bei acuten Lungenkrankheiten 648.
Hautkrankheit und Rückenmark 552.
Hautreflexe bei Tabes 313.
Hautsensibilität, qualitative Analyse der 122.
Heerdsymptome bei Thrombose des sinus longit. 422.
Herdsklerose, multiple 777.
Heiserkeit 534.
Heisswasser gegen Tetanus 502.
Hemialbumose 459.
Hemiataxie 562.

Hemiopie, gleichseitige 424.
Hemisystolie 663.
Hemmungsapparat des Herzens 672.
Hemmungsbildung 288.
Hepatitis, diffuse fibröse 685.
Hepatitis sequestrans 362.
Herpes bei Intermittens 227.
Herz, Hemmungsapparat 672.
Herzaction 310.
Herzaction bei Coronararterienverschliessung 396.
Herzaffectionen bei Tabes dors. 436.
Herzbewegungen 457.
Herzcontractionen im Fieber 442.
Herzdilatation 566.
Herzdilatation, selbständige 442.
Herzerkrankungen, zur Casuistik seltener 184.
Herzfehler, Balneotherapie 649.
Herzfehler, Blutdruckmessung 588.
Herzfehler und Tabes dorsalis 521.
Herzfibrom 329.
Herzgeräusch, aussetzendes bei Scheintodten 190.
Herzgeräusche bei pern. Anaemie 289.
Herzhypertrophie bei Nierenerkrankung 430.
Herzhypertrophie u. Nierenschrumpfung 188.
Herzhypertrophie, selbständige 442.
Herzklappenfehler, Blut bei 629.
Herzkrankheiten, chronische (und Syphilis) 788.
Herzkrankheiten, Milchdiät bei 448.
Herzkrankheiten, pathologische Anatomie der 287.
Herzmissbildung und Gehirnabscess 259.
Herzstoss 284.
Herzstoss, Fortleitung auf Kehlkopf 601.
Herzthätigkeit 663.
Herztöne, Entstehung 553.
Herzvergrösserung, idiopathische 284.
Histologie, zur, des Blutes bei febris recurrens 131.
Hitzschlag 696.
Hodenneuralgie 716.
Höhenkurorte 581.
Hörschärfe 341.
Homatropin 223.
Hundswuth, Uebertragbarkeit 212. 706. 726.
Hustenregion 215.
Hustenreiz bei Kehlkopfschwindsucht 534.
Hydatide, Morgagni'sche 346.
Hydrate de Chloral, Du traitement de la blennorrhagie par l'— en injections uréthrales 95.
Hydrobromic Ether as an Anaesthetic 173.
Hydromyelus 328.
Hydronephrose 445.
Hydronephrose in Folge Compression des Ureter durch abnormen Gefässabgang 106.
Hydrophobia 200.
Hydrops articulorum intermittens 5.
Hyperpyrexie 198.
Hypertrichosis 462.
Hypnotica, temporisir. Wirkung 462.
Hypoemia intertropical 675.
Hypoxanthin 338.
Hypoxanthin bei Leukaemie 338.
Hysterie, Gelenkaffectionen bei 340.
Hysterie, Paraplegie bei 581.
Hysteroepilepsie 377.
Hysterogene Zonen 696.

Jaborandi, Alkaloide 431.
Ichtyosis corneae, ein Fall von 61.
Icterus, hämatogener 204. 421.
Icterus bei Hepatitis 363.
Icterus bei Neugeborenen 419.
Icterus bei Wanderniere 569.
Icterus, Ursachen 422.
Ileotyphus 631.
Ileotyphus, der — eine Schistomycose 163.
Ileus, Massage 567.
Ileus, durch Schellacksteine 750.
Immunität gegen Hühnercholera 404.
Impfausschläge 275.
Impftechnik, zur 44.
Impfung 530. 531.
Impfung der Hundswuth 706.
Impfung eines Kindes mit Eczem 189.



Impfung mit Hühnercholeragift 404.
Impfung von Intermittensgift 227.
Impfung mit Thymollymphe 451.
Impotenz, Behandl. mit farad. Strom 479.
Inanition, Respiration bei 506.
Incarceration des Darms 412.
Incontinentia urinae 334.
Infection mit Hühnercholera 404.
Infectionserreger, Ueber Natur und Verbreitung der 276.
Inhalation, permanente 607.
Inhalations-Respirator 425.
Inhalationstherapie, zur, bei Phtisis 16.
Inhalationstuberculose 451. 529. 597.
Initialsymptome bei Tabes dors. 292.
Insolation 456.
Intermittens, Behandlung 357.
Intermittens, perniciöse mit Melanaemie 197.
Intestinalphthise 266.
Intoxication, ein Fall von — mit salicylsaurem Natron 39.
Invasion, mikroparasitäre 290.
Jod, antifermentat. 307.
Jod gegen Bacterien 694.
Jod, narkot. Wirkung 558.
Jod, Wirkung 272.
Jodine. On — in Malarial Fevers 43.
Jodkali gegen Aortenaneurysma 730.
Jodoform bei Augenleiden 221.
Jodpräparate, Toxikologie 559.
Jodverbindungen, heilende und giftige Eigenschaften 413.
Ipecacuanha bei Ruhr 434.
Ischurie 445.
Isofaradische Reaction 327.
Isogalvanische Reaction 327.
Isopelletiérin 254.
Justification, die misslungene — in Raab 190.

Kali chloricum gegen Bacterien 694.
Kali chloricum gegen Cystitis und Pyelitis 478.
Kali chloricum, Vergiftung 540. 572. 623. 720.
Kali hypermanganicum gegen Bacterien 694.
Kalisalze, Herz 672.
Kaltwassereinspritzung in die Blase 622.
Kampfer, über den salicylisirten 32.
Kampferöl, Vergiftung 526.
Karlsbader Sprudelsalz 73.
Katalepsie 599.
Kehlkopfbewegung, rhytmische 601.
Kehlkopfschwindsucht 533.
Kehlkopf, Sensibilitätsneurose des 454.
Keilbeincaries, ein Fall von — mit Amaurose 100.
Keuchhusten 215.
Keuchhusten, Zur Lehre vom 167.
Keuchhusten, zur Pathologie desselben 57.
Kinderdiarrhoeen, Kohle gegen 543.
Kinderdiarrhoe und Cinchonidin 416.
Kinderlähmung, spinale 504. 778.
Kleinhirnsclerose 437.
Klonische Zuckungen bei centraler Sclerose 291.
Kniephaenomen bei Tabes dors. 293.
Kniephaenomen, Verschwinden und Localisation 746.
Knochenaffection, Ueber leukaemische 211.
Knochen, Elasticität und Festigkeit 646.
Knochen bei Tabes dors. 788.
Knochenmark bei Intermittens perniciosa 198.
Knochenresorption 301.
Körpertemperatur bei Nervenkrankheiten 410.
Körpertemperatur und Jodverbindungen 413.
Kohlenoxyddiabetes 333.
Kopfverletzungen, zur Casuistik der 85.
Kost bei Diabetes 228.
Kothbrechen 217.
Krämpfe, Pathogenese der peripheren 715.
Krampf, functioneller 268.
Kreislauf und Musik 567.
Kreosot, Antifermentat. 307.



Kretinismus 758.
Kriebelkrankheit 372.
Kriegsstrapazen 286.
Kropf. Totalexstirpation des 12.
Krystalle, Charcot'sche 338.
Lähmung, gekreuzte, bei Bulbärapoplexie 741.
Lähmungen, Oeynhausen 533.
Lähmungen, spinale und periphere 503.
Lähmung, Tumor cerebri 634.
Lähmungen im Dresdener Kinderhospital beobachtet 775.
Lähmung, Brown-Sequard'sche 779.
Lähmungen, cerebrale 776.
Lähmung, diphtheritische 780.
Lähmung, hysterische 779.
Laesion, motor. Nerven 503.
Lait, Du — comme véhicule de la Quinquine 109.
Larynxphlegmone 724.
Lateralsclerose, amyotrophische 291. 327.
Laudanum de Sydenham, Empoisonnement par le — chez un enfant de trois semaines: emploi de la respiration artificielle par le manoeuvre de bras; guérison 94.
Leberabscess, Incision 717.
Leberabscess und antiseptische Paracenthese 186.
Leberaffection bei Gicht 594.
Leberaffection und Harnstoff 635.
Leber, Arsen 702.
Leberatrophie nach Phosphorvergiftung 398.
Leber, chron. interstit. Erkrankung 683.
Lebercirrhose 683.
Lebercirrhose und Epistaxis 525.
Leberinduration 684.
Leber, bei Icterus neonatorum 420.
Leber bei lienaler Leukaemie 338.
Leber, spec. Gew. 539.
Leber, Verbleiben toxischer Substanzen 350.
Leitungsstörung bei Tabes 293.
Lepra hyperaesthetica 679.
Leucin 338.
Leucocyten 241.
Leukaemie 5. 705.
Leukaemie, Knochenaffection 211.
Leukaemie, Leber und Milz bei lienaler 338.
Leukoplakia lingualis 589. 637.
Linsenkern, Herd 634.
Lipom des Darmkanals — spontan gelöstes und ausgestossenes 61.
Lithotripsie 540.
Litophon, ein neues 124.
Lobelin 432.
Localaffectionen, nervöse 339.
Locomotor ataxia, Clinical lecturs on 180.
Luft als Trägerin entwicklungsfähiger Keime 95.
Luftbäder 391.
Luft im Herzen bei Gangraen 652.
Lunge bei Fütterungstuberculose 267.
Lungencarcinom, primäres 748.
Lungenentzünduug, chron. und Aortenaneurysma 650.
Lungenentzündung, zur Lehre von der — Kommt Lungenseuche bei dem Menschen vor? 145.
Lungenfistel 236.
Lungenkrankheiten, Hautemphysem bei 648.
Lungenleiden, Höhenkurorte gegen 581.
Lungenschwindsucht 523.
Lungenschwindsucht — die Behandlung derselben in geschlossenen Heilanstalten mit besonderer Berücksichtigung auf Falkenstein i. T. 30.
Lyssa, Uebertragbarkeit 706. 726.

Magenaffection bei Gicht 594.
Magenausspülung 14.
Magenblutung bei paralytischen Geistesstörungen 316.
Magencarcinom, Chios-terpenthin 607.
Magenerweiterung, mech. Behandlung 731.
Magenerweiterung, Ursache 731.
Magengeschwür, Perforation und Pneumopericard. 184.



Mageninhalt, Untersuchung auf freie Säure 473.
Magen, peristaltische Unruhe 330.
Magenruptur 700.
Magenschleimhaut, Verhalten gegen Jodverbindungen 413.
Magenverdauung 397.
Magnet bei Contracturen 270.
Mais, Stigmata 334.
Malaria-Einfluss auf Schwangerschaft 753.
Massage, faradische 563.
Massage bei Ileus 567.
Mediastinaltumoren 537.
Mediastinitis, mycotische 723.
Medulla oblongata, Haemorrhagie 598.
Melaina 509.
Melanaemie bei pernic. Intermittens 197.
Melanin im Harn 17.
Melliturie bei Morbus Basedowii 411.
Membranen bei Croup und Diphtherie 610.
Menière'sche Krankheit, über die 21.
Menière'schen Symptomencomplex — über den 23.
Meningitische Erscheinungen, Zur Lehre von den — bei croupöser Pneumonie 166.
Meningitis, mycotische 721.
Meningitis, spinalis traumatica 779.
Metallotherapie, zur Geschichte der — 111.
Methylpelletiérin 254.
Mikrocephalie 391.
Mikrocyten 630.
Mikrokokken bei Meningitis 721.
Mikrokokken, Entstehung 677.
Mikrokokken, Infection und Gehirnerweichung 515.
Mikroorganismen bei Typhus 337.
Milch bei Perlsucht 196.
Milchdiät bei Herzkrankheiten 448.
Milch, Einfluss der Nahrung auf — 685.
Milch, Infection durch — 308.
Milch tuberculöser Rinder 513.
Miliaria durch Spargel 218.
Miliartuberkulose, acute — zur Diagnose der — 1.
Miliartuberkulose, Tod durch acute — Misshandlung eines Kindes 178.
Miliartuberkel im Kehlkopf 535.
Milzabscess 459.
Milz bei Intermittens perniciosa 198.
Milz bei lienaler Leukaemie 338.
Milz, spec. Gew. 539.
Milzhypertrophie, haemorrh. Diath. bei 7.
Milzruptur, Splenotomie bei 6.
Milzsyphilis 775.
Milztumor und Arseninjection 752.
Missgeburt 615.
Mitral-Insufficienz, Zur Frage der Genese mancher relativer 105.
Mitralstenose — über den abnorm verstärkten ersten Ton an der Herzspitze bei derselben 33. 65.
M. m. crico-arytaenoidei postici u. m. m. thyreo-arytaenoidei — acute Lähmung derselben 42.
Monoplégie brachiale chez une femme tuberculeuse 58.
Monoplégie, brachiofaciale 743.
Morbus Basedowii 286.
Morbus Basedowii, Formen 645.
Morbus Basedowii und Melliturie 411.
Morbus Basedowii u. galvanischer Strom 470.
Morbus Brightii 602. 670.
Morbus Brightii, Beiträge zur Kenntniss des acuten 170.
Morbus Brightii, Fuchsinbehandlung 319.
Morbus Brightii u. Nierenschrumpfung 426.
Morbus Brightii bei Schwangerschaft 443.
Morcheln, Toxicologie 733. 734. 736.
Morphium bei Atropinvergiftung 735.
Morphium zur Anaesthesirung des Kehlkopfs 473.
Morphium, Blutdruck 589.
Morphium bei Keuchhusten 216.

Morphium im Organismus 638.
Morphium bei Strammoniumvergiftung 470.
Morphiumsucht — zur Pathologie, Therapie, Statistik, Prognose etc. 2.
Morphiumvergiftung, chronische 335.
Morphia Poisoning, Veratrum viride a son antidote in 94.
Morphinismus, über 137.
Morphium 495.
Morphium bei Asthma 253.
Mortilitätsstatistik der Aerzte 320.
Motilität bei Compression der motor. Hirnzone 361.
Motilitätsneurose des Magens 330.
Mühlradgeräusch 250.
Multiple Tumors of the Cranial-, Spinal- and sympathetic Nerves with remarkably few Symptoms 74.
Muscarin, Herz 672.
Musculus serratus ant. mai., über Lähmung desselben nach Beobachtungen an einem Fall von multiplen atrophischen Lähmungen im Gefolge von Typhus abdominalis 133.
Musik und Kreislauf 567.
Muskelarbeit, abnorme 286.
Muskel-, Arsen 702.
Muskelcontraction, syphilitische 484.
Muskel-Degeneration bei Del. acut. 713.
Muskel gegen Carbolsäure 415.
Muskellähmung, pseudohypertrophische 345.
Muskel, latente Reizung 440.
Muskelrheumatismus, Behdlg. mit galvan. Strom 480.
Muskeltonus u. Sehnenreflexe 441.
Muskelveränderung durch Cyan 366.
Muskelveränderung, über embolische 214.
Muskelverhalten in Nervenkrankheiten 440.
Mycosis generalis 417.
Mycosis tracheae 580.
Mycotische Processe 721.
Mydriasis 223.
Myelitis 505. 778.
Myelitis chronica 245.
Myelitis nach Lues 678.
Myelitis nach Phosphorvergiftung 179.
Myocarditis, mycotische 725.
Myosis spinalis 644.
Myositis 376.
Myxoedem 757.
Myxom des Herzens 651.
Myxosarcom der Niere 478.

Nachtschweisse bei Lungenphtisis 95.
Nahrungsmittel, übermässiger Genuss von — 286.
Narcolepsie 359.
Nasenschleimhaut, Tuberkulose 759.
Natriumnitrit 557.
Natron benzoicum bei Pneumonie 416.
Natron benz. und Magnesia benzoica — über die Wirkung derselben bei Tuberkulose 13.
Natron benzoicum, zur Behandlung der menschlicken Tuberkulose mit demselben 81.
Natron biboracicum 691.
Natron salicylic. antifermentat. 307.
Natron salicylic. bei Tabes 294.
Nebenniere bei Purpura 178.
Nebennierenerkrankung 438. 460.
Nekrose bei Diabetes 708.
Nélavan 408. 409.
Nematoden im Peritoneum 380.
Nephritis 237.
Nephritis und Albuminurie 762.
Nephritis, Blutdruckmessung 588.
Nephritis bei Infectionskrankheiten 210.
Nephritis parenchymatöse 701.
Nephritis, parenchymatösa chron. 602.
Nephritis nach Scharlach 789.
Nerf depresseur, De l'excitabilité du — avant la piqûre du plancher du 4. ventricle etc. 120.



Nervendehnung 455. 698. 747.
Nervendehnung bei Tabes 662.
Nervenkrankheit 262.
Nervenkrankheiten, Körpertemperatur bei 410.
Nervensystem, chemische Präparation 249.
Nervensystem, Erkrankung des 257.
Nervosität, weibliche 713.
Nervus vagus, Beiträge zur Kenntniss der respiratorischen Leistungen desselben 119.
Netzhautarterienpuls, der spontane, bei Morbus Basedowii 58.
Neugeborene, Spinale Lähmung der 338.
Neuralgieen bei Diabetes 521.
Neuralgie, Hoden 716.
Neuralgie intermittens 248.
Neuralgie viscerale 315.
Neuritis 242. 503.
Neuritis lipomatosa 375.
Neuritis multiple 373.
Neuritis multiple degenerative 375.
Neuromes multiples avec troubles trophiques dans le cours de la syphilis secondaire 24.
Neuropathologie 740.
Neurosen, chronische 531.
Neurose, ein seltener Fall von 123.
Neurose, sympathische 317.
Nicotin 431.
Nicotin, Herz 672.
Nicotinvergiftung, über chron., durch abusus im Cigarrenrauchen 15.
Niere bei Gicht 593.
Niere bei Intermittens perniciosa 198.
Nieren bei Mycosis generalis 418.
Nierenaffectionen bei Schwangerschaft 443.
Nierenarterienunterbindung 636.
Nierenatrophie 670.
Nierengefässe, Alteration der 271.
Nierengeschwülste 253.
Nierenschrumpfung 237.
Nierenschrumpfung, primäre 426.
Nierenschrumpfung über den Zusammenhang zwischen — und Herzhypertrophie 188.
Nierensclerose 427.
Nierensyphilom 671.
Nierentumoren bei Kindern 478.
Night-Sweating in Phthisis — Pathology and treatment 46.

Obstipation, Behandlung mit farad. Strom 479.
Oesophagitis 723.
Oesophagusvaricen 667.
Oeynhausen 531.
Oleanderblätter, Vergiftung durch — bei Thieren 161.
Oliven-Function u. Patholog. 642.
Opilaçao 674.
Opium u. Atropin 701.
Orchitis 531.
Organe und Alkaloide 389.
Organismen in Organen bei Typhus abdom. 337.
Organismen, pflanzliche in Arzneien 367.
Organismus gegen Carbolsäure 415.
Osteomalacie, senile 301.
Ostitis mycotische 724.
Ovariotomie bei Epilepsie 377.
Oxalaethylin 432.
Oxytoluyltropin 223.
Ozaena 202.
Ozon 447.

Pancreas bei Diabetes 353.
Pancreaspulver, Enggessers 299.
Pancreasveränderung nach Unterbindung des Ganges 385.
Pancreaswirkung 539.
Papaïn 637.
Paralyse, Bulbär- 634.
Paralyse, progressive 294.
Paralysen, spastische 777.
Paralysies obstétricales 339.
Paraphimosis, moyen simple de reduction 111.
Paraplegie, hysterische 581.
Parasigmatismus 470.
Pelletiérin 254.
Pelletiérin, Bydrag tot de Kennis

van de werking van — als Taenifugium 158.
Pemphigus, chemische Studien über 124.
Pepsin, vegetabilisches 637.
Peptonbegriff 459.
Peptone im Harn 446.
Peptones, Contribution à l'étude de la valeur nutritive des 93.
Percussionsschall, respiratorische Aenderungen 295.
Pericarditis 522.
Pericarditis, mycotische 725.
Perinephritis 217.
Perineuritis 376.
Periostitis, Behandlung mit galvan. Strom 480.
Periostitis, mycotische 724.
Periphere Krämpfe 715.
Peripsoitis 217.
Peritoneum und Choc 394.
Perlsucht 274. 631.
Perlsucht der Hausthiere und Uebertragung durch die Nahrung 195.
Perniciöse Anaemie mit ausgedehnter Lymphangiectasie 36.
Pestepidemie, Mittheilungen über die — im Winter 1878/79 im russischen Gouvernement Astrachan 113.
Pharyngitis lateralis 425.
Pharynx, Beitrag zur Funktionslehre des weichen Gaumens und des 90.
Pharynxphlegmone, mycotische 724.
Pharynxstrictur, syphilitische 739.
Pharynxtuberkulose 563.
Phenylverbindungen im Harn 654.
Phosphorsaurer Kalk, über die Werthlosigkeit des 191.
Phosphorvergiftung, zur pathol. Anatomie des Rückenmarks bei 179.
Phosphorvergiftung und Leberatrophie 398.
Phthise 266.
Phthise, Darmgeschwür bei 476.
Phthise, hereditäre 441.
Phthise, Stickstoffinhalation 582.
Phthise, laryngis 533.
Phthise, zur Inhalationstherapie bei 16.
Picrinsäure gegen Bacterien 693.
Picrotoxin bei Narcolepsie 360.
Pigmentbildung bei Icterus 420.
Pigmentinfiltration von Lymphdrüsen, Leber und andern Organen in einem Fall von Morbus maculosus Werlhofii 67.
Pikropodophyllin 527.
Pilocarpin 432.
Pilocarpin bei Angina 216.
Pilocarpin bei Diabetes 414.
Pilocarpin bei Diphtheritis 592.
Pilocarpin geg. Fussschweisse 791.
Pilocarpin bei Hautkrankheiten 221.
Pilocarpin bei Nephritis 701.
Pilocarpin bei Syphilis 400.
Pilocarpin, Wirkung; besonders bei Syphilis 347.
Pilze in Arzneien 367.
Pilze in Arzneiflüssigkeiten 350.
Pilze im Blute 417.
Pilze, Einathmung 657.
Pilzstaub 657.
Plaques, gutartige der Zunge 556.
Plethora 285. 625.
Pleuraergüsse, Punction 219.
Pleurahöhle, Ausspülung 545.
Pleuritische Exsudate, Behandlung 583.
Pleuritische Exsudate, Die plötzlichen Todesfälle bei denselben 148.
Pleuritischer Abscess 749.
Pleuritisches Exsudat, Behandl. mit galvan. Strom 480.
Pleuritis, putride 456.
Pleuritis, Schallwechsel bei 298.
Pleurometrie 294. 545.
Pneumatische Therapie im Kindesalter, Beitrag zur 32.
Pneumonie 211.
Pneumonie, desquamative 362.
Pneumonie, infectiöse 309.
Pneumonie u. Meningitis 721.
Pneumonie, meteorol. Einflüsse auf Entstehung 235.

Pneumonie, Natron benzoicum bei 416.
Pneumonie, ungewöhnliche 342.
Pneumopericardium, entstanden durch Perforation eines Magengeschwürs 184.
Pneumothorax 565.
Pneumothorax, Schallwechsel bei 298.
Pockencontagium, zur Empfänglichkeit Neugeborener für dasselbe 37.
Pocken in Bayern 419.
Podophyllotoxin 527.
Podophyllum peltatum 527.
Poikilocytose 289. 630.
Poliomyelitis 242.
Poliomyelitis, anterior acuta 778.
Poliomyelitis ant. acut. adult. 617.
Poliomyelitis, Diagnose 619.
Poliomyelitis, electrische Befunde 619.
Polyadenoma tractus intestinalis 750.
Polyästhesie bei Tabes 314.
Pons syphilom. 633.
Posthemiplegisches Phaenomen 562.
Prolapsus rectal, Traitement du — par les injections hypodermiques d'ergotine 45.
Prosopospasmus 233.
Prurigo 222. 686.
Pseudopelletiérin 254.
Psoriasis 784.
Psoriasis lingualis 589.
Psoriasis, Sublimatbäder 571.
Psychomotorische Zone 10.
Psychosen durch Ueberbürdung 781.
Psychosen, Oeynhausen 533.
Psychosen, Ueber die Wirkung fieberhafter Krankheiten auf Heilung derselben 24.
Puerperalpsychosen 619.
Puerperalpyaemie u. Gehirnerweichung.
Pulmonalarterienklappen, Anomalie 682. 515.
Pulsspannung 285.
Pulsus bigeminus 664.
Pulsverlangsamung im Wochenbett 727.
Punction u. Pleuraergüsse 219.
Pupille bei Tabes 180. 293.
Pupillenstarre 644.
Purpura, ein rapid verlaufener Fall mit tödtlichem Ausgang 177.
Purpura variolosa 469.
Pyelitis 491.
Pyelitis blennorrhagica 477.
Pyelonephritis 444.
Pylorus, angeborene Stenose desselben 169.
Pylorus, carcinom 507.
Pylorusincontinens 507.
Pyocephalus. mycotischer 722.
Pyonephrose u. Drainage 556.
Pyopneumothorax 236.
Pyopneumothorax subphrenicus, über — (u. subphrenische Abscesse) 25.
Pyothorax subphrenicus 760.
Pyramidenbahnen 325. 745.
Pyridinbasen 432.
Pyurie 492.

Quebracho 570.
Quebracho ospidosperma, zur Beurtheilung der Wirksamkeit der Droguen desselben insbesondere des käuflichen lignum Quebracho in Fällen von Dyspnoe 108.
Quecksilber, Resorption und Wirkung 639.
Quecksilberwirkung 573.
Quecksilber, Wirkung auf den Organismus 364.

Raphania 372.
Reagens auf Zucker, ein der Fehling'schen Lösung analoges 176.
Recurrens 273. 369.
Recurrens, Augenerkrankung bei 550.
Recurrens und Flecktyphus 371.
Recurrens bei einem Foetus 194.
Recurrens in Süddeutschland 193.
Recurrent laryngeal nerve, Case of bilateral paralyses of the muscles supplied by the 59.

Reflex 392. 439.
Refroidissement du corps humain au moyen de l'appareil refrigérateur de M. M. Dumontpallier et Galante, Étude experimentale 110.
Regeneration der Nerven 519.
Reibungsgeräusche 266.
Resorcin 526.
Resorcin als Antipyreticum 366.
Resorcin bei Intermittens 656.
Rersorcin bei Magenleiden 668.
Resorption todter Muskelfasern 214.
Resorption von der Blasenschleimhaut 671.
Respiration bei Inanition 506.
Retentio urinae 570.
Retina bei Anaemie 290.
Retina, The state of the — in one hundred cases of granular kidney 92.
Retinal-Haemorrhagieen 307.
Rhabditis genitalis 541.
Rheumatismus, Bäder bei 709.
Rheumatismus, chronischer, des Band- und fibrösen Apparates 7.
Rheumatismus, Gehirnerscheinungen 709.
Rhinitis 781.
Rindenepilepsie, ein Fall von 10.
Rippenbruch 250.
Rothweinfarbstoff, Verhalten gegen Magensäure 474.
Rückenmark bei Beri-Beri 661.
Rückenmark, Entwicklungsanomalie 392.
Rückenmark, Pathologie 328.
Rückenmarksaffectionen nach Einwirkung plötzlich erniedrigten Luftdruckes 25.
Rückenmarksdegeneration durch Compression 279.
Rückenmarkserweichung, ein Fall von acuter (primärer) spontaner 23.
Rückenmarkskrankheiten, Oeynhausen 531.
Rückstauung des Urins 492.
Ruhr, Behandlung 434.
Säure im Mageninhalt 473.
Salicylsäure, äusserliche Anwendung 768.
Salicylsäure, antifermentat. 307.
Salicylsäure gegen Bacterien 690.
Salicylsaurer Kalk bei Kinderdiarrhoe 557.
Salicylsaures Natron, Vergiftung durch dasselbe 62.
Salzsäure in Magensaft 299.
Sanitätsbericht für die preuss. Armee 355.
Sarcom und Anaemie 323.
Sauerstoff des Blutes nach Eisenvergiftung 606.
Schädelfractur 435.
Schallwechsel, progressiver respiratorischer 297.
Schallwechsel, regressiver respiratorischer 296. 297.
Schankerexcision 400. 738.
Scharlach 308.
Scharlach, über das Auftreten desselben bei Operirten und Verwundeten 57.
Scharlachepidemie in einer chirurgischen Krankenabtheilung 163.
Scharlach im Wochenbett 775.
Schellacksteine und Ileus 750.
Schimmelvegetation 417.
Schlafkrankheit 409.
Schlafmachende Stoffe 558.
Schlafsucht 359.
Schluckbewegung 509.
Schlucken, Vorgänge beim 555.
Schluckweh 534.
Schrumpfniere 604.
Schultze'sche Handgriff, Verwendbarkeit desselben bei Ertrunkenen 93.
Schwangerschaftsniere 443.
Schwangerschaft, Einfluss der Malariainfection 753.
Schwefelkiesrückstände, die Befreiung eines Weges von den daselbst aufgefahrenen (Superarbitrium der Kgl. wissenschaftl. Deputation für das Medicinalwesen) 45.
Schwefelsäure gegen Bacterien 693.



Schwefelsäure und Pilzbildung 351.
Schweflige Säure, antifermentat. 307.
Schweflige Säure gegen Bacterien 692.
Schweine, über die im Jahre 1878 in Preussen auf Trichinen u. Finnen untersuchten 28.
Schweiss, Hitzschlag 697.
Schweisssecretion bei Carbolsäure 415.
Schwitzen der Phthisiker 192.
Sclerose centrale 291.
Sclérose latérale amyotrophique — Autonomie et caractère spasmodique de cette affection 163.
Sclerose, multiple des Hirns und Rückenmarks 393.
Sclerose, syphilitische 515.
Sclerosis diffusa cerebri 291.
Scoparin 15.
Secretion of Bile, On the Physiological Action of Drugs on the 138.
Secundäre Degeneration der cortico-musculären Leitungsbahnen 745.
Sehnenreflex, Localisation 746.
Sehnenreflex und Muskeltonus 441.
Sehsphäre der Grosshirnrinde 616.
Sehstörung bei Carotisthrombose 681.
Sehstörungen bei Vergiftungen durch Wildpastete u. Hecht 39.
Seitenstrangdegeneration 328.
Senföl, aetherisches als antifermentat. 307.
Senföl gegen Bacterien 692.
Sensibilitätsneurose des Schlundes 454.
Septicaemie 409.
Septumdefecte 287.
Siderosis 625.
Sigmatismus 470.
Singultus 716.
Sinnesverlust bei multipler Sklerose 393.
Skorbutformen, über leichte 68.
Solutio arsenicalis Fowleri, Injection 752.
Somnose 408.
Sonnenstich, s. Insolation 456.
Soor bei Kindern 69.
Soor des Rachens 373.
Spaltpilze, über die Wirkungen der — im lebenden Körper 129.
Sparteïn 15. 432.
Spartium scoparium 15.
Spasme fonctionnel du muscle sterno-cleido-mastoidien du côté droit 119.
Spasmus glottidis phonatorius 342.
Spastische Spinalparalyse 328.
Speichel, diastatische Wirkung des 300.
Speichelabsonderung bei Carbolsäure 415.
Sphincterenbewegung 646.
Spinale Lähmung Neugeborener 388.
Spinalparalyse, acute aufsteigende 598.
Spinalparalyse, spastische 486.
Spirillen 273.
Spirochaëta Obermeieri 4.
Spitzenstoss 285.
Sprachstörung bei Monoplegie 743.
Sprachvermögen bei Gehirnblutung 390.
Steinoperation, Blasenkatarrh 717.
Steisszwilling 681.
Stenocardie 634.
Stenose des conus arteriosus aortae 185.
Stenose des Ostium pulmonale 287.
Stenose, entzündliche des Ost. pulm. 287.
Sterilität bei Nervenkrankheiten 262.
Stickoxydul, über die therapeutische Wirkung desselben in einigen Krankheiten 158.
Stickstoffinhalation 582.
Stimmbandcysten 42.
Stimmband, Blutung 522.
Stimmbandzerreissung 522.
Stimmritzenkrampf, phonischer 342.
Stoffwechsel bei Gift 593.
Strammoniumvergiftung 469.
Strangmarke, zur Beurtheilung des diagnostischen Werthes derselben in Bezug auf die Frage:



ist das Erhängen intra vitam oder post mortem erfolgt? 168.
Strychnin, Herz 672.
Strychninvergiftung 573.
Subcutane Injectionen, einige Mittheilungen über dieselben 43.
Subcutane Zerstörung durch Syphilis 515.
Sublimat antifermentat. 307.
Sublimatbäder gegen Psoriasis 571.
Sulfate de Cuivre, Sur l'action therapeutique du — dans traitement de la Syphilis constitutionelle 143.
Sympathicus, Veränderung bei Eczem 317.
Sympathicus, eigenthüml. Erkrankung 438.
Sympathische Affectionen durch Ascariden 455.
Synovitis, mycotische 723.
Syphilis 738.
Syphilis, Behandlung 718.
Syphilis u. graue Degeneration der Hinterstränge, über den Zusammenhang zwischen denselben 12.
Syphilis (subcut. Behandlung) 218.
Syphilis, Muskelcontractur bei 484.
Syphilis, Myelitis u. Tabes 678.
Syphilis u. Nierenkrankheiten 669.
Syphilis der Milz 775.
Syphilis u. Tabes dorsalis 487. 730.
Syphilitische Geschwüre, Behandlung mit Pyrogallussäure 29.
Syphilitische Ansteckung 652.
Syphilom 633.

Tabaksgenuss 286.
Tabes dorsalis 292.
Tabes dors., Aetiologie 293.
Tabes dors., Anatom. Grundlage 293. 278.
Tabes dors., Behandlung 294.
Tabes dors., Differenzialdiagnose 294.
Tabes dors. Herzfehler bei 521.
Tabes dors. und Herzaffectionen 436.
Tabes dors., Knochen bei 788.
Tabes dors. und Lues 487. 678.
Tabes dors., Nervendehnung 662.
Tabes dors. Zur Nosologie der 122.
Tabes dors., Symptomatologie 312.
Tabes dors. und Syphilis 730.
Tabes dors. seltene Symptome 643.
Taches bleues, leur production artificielle 152.
Taenia inerme, sur l'origine du 123.
Tamponade der Nase 203.
Tamponade, über, der Trachea bei Diphtheritis 78.
Tannin im Thierkörper 382. 766.
Temperatur, über den Einfluss erhöhter und herabgesetzter — auf die Resorption an Stelle einer subcutanen Injection 154.
Temperatur, Hitzschlag 697.
Temperatur des Schädels 710.
Temperatur bei Typhus 631.
Tenonitis bei Diphtherie 484.
Terpenthinöl bei Chylurie 347.
Tetanie 268.
Tetanie, Ueber einen Fall von letal abgelaufener 12.
Tetanus, Heisswasser gegen 502.
Tetanus traumaticus, ein Fall von — mit Ausgang in Genesung 30.
Theerfarben 388.
Theerpräparate zur Inhalation 425.
Thonerde, essigsaure, antifermentat. 307.
Thrombose der Carotis 681.
Thrombose des Sinus longitudinalis 422.
Thymol, antifermentat. 307.
Thymol gegen Bacterien 692.
Thymollymphe 223. 451.
Todesursache bei Carbolvergiftung 415.
Tonnensystem, das — als Mittel zur Reinhaltung des Bodens, der Luft und der Flüsse 32.
Toxische Substanzen in der Leber 350.
Trachea, mycosis 580.
Tracheaectasie, paralytische 328.
Transfert, zur Casuistik desselben 63.
Transfusion 550.
Transfusion in die Peritonealhöhle 597.



Transmission de la tuberculose, Contribution à l'étude de la 118.
Transposition der grossen Gefässe 288.
Trepanation, über die — des processus mastoideus bei lebensgefährlichen Ohrflüssen 46.
Trichinose 419. 498. 610.
Trichinose trotz gekochten Fleisches 57.
Trigeminuserkrankung 281.
Trinkwasseruntersuchung 355.
Trinkwasser und Choleraverbreitung 772.
Trismus, einseitiger 454.
Trismus, Galvanisation gegen 282.
Trismus, Heisswasser gegen 502.
Trophische Störungen bei Tumor cerebri 634.
Truncus anonymus, Aneurysma 586.
Tuberculöse und entzündliche Erkrankungen und Tuberkel des cerebrospinalen Nervensystems, zur Symptomatologie und pathologischen Anatomie derselben 56.
Tuberculose 266. 523. 529. 597. 631.
Tuberculose und Carcinom 642.
Tuberculose durch Inhalation 451.
Tuberculose und Perlsucht 274.
Tuberculose der Pharynx 563.
Tuberculose, Statistik und Anatomie 641.
Tuberculose, Uebertragung durch Milch und Fleisch 513.
Tuberculose, virus 660.
Tuberculose, über die Wirkung des Natr. benzoic. und der Magnes. benfoic. bei 13.
Tuberkulose der Nasenschleimhaut 759.
Tunnelkrankheit 602. 673. 682.
Typhus 708.
Typhus abdominalis, Organismen bei 337.
Typhus abdominalis und Spinalparalyse 598.
Typhus abdominalis, Vorschläge zu Erhebungen über 467.
Typhus, Aetiologie 225. 726.
Typhus, Behandlung 356.
Typhus-Epidemie, Eine 118.
Typhus recurrens 37.
Typhus, Statistik 356.

Ueberbürdungspsychosen 781.
Ulcus rotundum am Pylorus 508.
Ulcus ventriculi, Perforation eines 300. 301.
Unterchlorigsaurer Kalk gegen Bacterien 692.
Uraemie 636. 701.
Uraemie und Körpertemperatur 410.
Ureteren, Unterbindung 636.
Ureteren, Verschliessung 216.
Urethralblennorrhoe 542.
Urines, Un singulier fait de coloration rouge grosseille des 90.
Urochloralsäure im Harn 334.
Urophaein 205.
Urticaria bei Ruptnr von Echinococcuscysten 317.
Urticaria chron. 222.
Uterusfibrom und Ergotin 493.
Uterus masculinus 401.

Vaccination, d'un enfant asseint d'ekzéma 189.
Vagus und Athmung 506.
Vagusneurose reflect. 643.
Varicella, Specifität 561.
Varicen des Oesophagus 667.
Variola beim Neugeborenen 419.
Variola, Salicylsäure 695.
Variola sine exanthemate 580.
Variola, zur Therapie der — vom Standpunkte der Micrococcuslehre 125.
Vas aberrans 346.
Vascularisation de foie et des viscères abdomineaux — recherches sur la —, au point de vue de la production du diabète par influence nerveuse 41.
Ventricles du coeur, Recherches sur l'hypertrophie et la dilatation des 87.
Veratrum viride as an antidote in Morphia Poisoning 94.



Verbrennen, Tod durch — vom gerichtsärztlichen Standpunkte aus 3.
Verbrennungen, über Todesursachen nach denselben 20.
Verdauung 299.
Verdauung, Verhalten gegen Tannin 766.
Verdichtungen, Schallwechsel bei 299.
Vermifugum 637.
Viperngift, über die Wirkung desselben 21.
Virulente Krankheiten 403.
Virus tuberculosum 660.

Wachsthumsfieber 695.
Wärmeproduction im Fieber 306.
Wanderleber 363.
Wandermilz, Splenotomie bei 6.
Wanderniere und Icterus 569.
Wasserpfeifengeräusch 236.
Weakened heart 251.
Willensbahnen 745.
Winter auf Madeira 480.
Wismuth bei Kinderdiarrhoe 557.
Wochenbett, Pulsverlangsamung 727.
Wollsortirerkrankheit 305.
Wurmfortsatz, Krankheiten des 782.
Wurstvergiftung 410.

Xanthinkörper 338.

Yellow fever 198.

Zeugung bei Nervenkrankheiten 262.
Ziegelbrenneranaemie 673.
Zinnwirkung 528.
Zittern 436.
Zucker, ein der Fehling'schen Lösung analoges Reagens auf denselben 176.
Zuckerausscheidung bei Diabetes 302.
Zunge, Plaques der 556.
Zungenbewegung, rhythmische 601.
Zwangsbewegungen bei Sclerose des Kleinhirns 437.
Zwangsbewegungen 642.
Zwangsvorstellungen bei Sclerose des Kleinhirns 437.

---

Verlag von Max Cohen & Sohn (Fr. Cohen) in Bonn.
Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi in Bonn.


Digitized by Google





